

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GUILHERME FERNANDES GRAZIANI

CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL NO PARANÁ: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E  
ANÁLISE DO INDICADOR EXODONTIA NA 2ª. REGIONAL DE SAÚDE

CURITIBA

2019

GUILHERME FERNANDES GRAZIANI

CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL NO PARANÁ: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E  
ANÁLISE DO INDICADOR EXODONTIA NA 2ª. REGIONAL DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

Coorientador: Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS –  
SIBI/UFPR COM DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)  
BIBLIOTECÁRIO: EDUARDO SILVEIRA – CRB-9/1921

Graziani, Guilherme Fernandes

Caminhos da saúde bucal no Paraná: construção histórica e análise do  
indicador exodontia na 2ª Regional de Saúde / Guilherme Fernandes

Graziani. - 2019.

60 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de  
Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas  
Públicas.

Orientador: Rafael Gomes Ditterich.

## TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS -  
40001016076P0

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **GUILHERME FERNANDES GRAZIANI** intitulada: **CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL NO PARANÁ: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E ANÁLISE DO INDICADOR EXODONTIA NA 2ª. REGIONAL DE SAÚDE**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 18 de Junho de 2019.

RAFAEL GOMES DITTERICH

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

PABLO GUILHERME CALDARELLI

Avaliador Externo (UEL)

GIOVANA DANIELA PECHARKI

Avaliador Externo (UFPR)

Dedico

Ao meu filho Lucas Graziani

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais Marilde e Dermeval, por todo amor, carinho e ajuda que me fizeram chegar até aqui, todo meu amor e gratidão.

Aos meus irmãos, o meu muito obrigado por todo carinho sempre.

A minha família, agradeço a Daniela por toda paciência e apoio, ao meu filho Lucas todo amor e gratidão.

Ao meu amigo e Professor Dr. Rafael Gomes Ditterich, que com toda paciência do mundo me orientou nessa jornada, o meu muito obrigado de coração.

Ao Professor Dr. Roberto Eduardo Bueno meu coorientador que me apoiou e me ajudou muito.

Ao meu amigo Ruann Oswaldo Carvalho da Silva meu muito obrigado pela amizade, parceria e grande ajuda.

À Doutora Mariele Pena de Couto pela elaboração dos mapas interativos de cobertura da Equipes de Saúde Bucal (eSB) na dissertação.

Às amigas Jéssica e Acácia, meu muito obrigado.

Aos amigos de trabalho na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza de seus sonhos”

Eleanor Roosevelt

## RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo avaliar e compreender a construção histórica das ações e políticas da saúde bucal no serviço público no estado do Paraná destacando a implantação da Rede de Atenção a Saúde Bucal (RASB), bem como identificar a evolução e uso dos indicadores de saúde bucal na avaliação dos serviços odontológicos no Sistema Único de Saúde (SUS), e aplicabilidade deste com o uso do indicador número de exodontias em estudo caso na 2ª Regional de Saúde do Paraná. É uma pesquisa quantitativa, buscando uma correlação entre o índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) e o indicador de exodontia dos municípios da 2ª regional de saúde. Concluímos que os resultados demonstraram que o processo de construção de uma política de saúde pública demanda tempo, e que os gestores a tenham como pauta, e que os indicadores de saúde bucal são instrumentos de gestão para avaliar, planejar, definir metas, e sua diminuição ao longo do tempo vem sendo prejudicial para construção contínua e eficiente das políticas públicas de saúde bucal, ficando evidenciado quando buscamos correlacionar o índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) com o indicador de exodontia de dentes permanentes que nos mostra uma correlação negativa, ou seja, quanto menor o IDH-M maior o número de extrações dentárias.

Palavra chave: saúde bucal, indicador social, políticas públicas, saúde da família.



## **ABSTRACT**

This dissertation aims to evaluate and understand the historical construction of oral health actions and policies in the public service in the state of Paraná highlighting the implementation of the Oral Health Care Network (RASB), as well as identifying the evolution and use of indicators of oral health. oral health in the evaluation of dental services in the Unified Health System (SUS), and its applicability with the use of the indicator number of extractions in case study in the 2nd Regional Health of Paraná. It is a quantitative research, seeking a correlation between the municipal human development index (HDI-M) and the indicator of extraction of municipalities of the 2nd regional health. We conclude that the results showed that the process of building a public health policy takes time, and that managers have it as an agenda, and that oral health indicators are management tools to evaluate, plan and set goals, and their reduction. over time it has been detrimental to the continuous and efficient construction of public oral health policies, becoming evident when we seek to correlate the municipal human development index (HDI-M) with the indicator of permanent teeth extraction that shows us a negative correlation, that is, the lower the HDI-M the greater the number of dental extractions.

Keywords: oral health, social indicator, public policy, family Health.

## Lista de figuras

FIGURA 1 – MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL.	18
FIGURA 2 – METODOLOGIA EMPREGADA PARA ANÁLISE DAS COBERTURAS DAS eSB NO ESTADO DO PARANÁ.....	29
FIGURA 3 – COBERTURAS DAS eSB NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ NO ANO DE 2003.....	30
FIGURA 4 – COBERTURAS DAS eSB NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ NO ANO DE 2008.....	31
FIGURA 5 – COBERTURAS DAS eSB NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ NO ANO DE 2017.....	32
FIGURA 6 – CORRELAÇÃO ENTRE ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDHM) E INDICADOR DE EXODONTIA/HAB NO ANO DE 2017 NOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ (R2=0,155).....	56

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – SÍNTESE DAS DAS ANÁLISES DA EVOLUÇÃO DAS COBERTURAS DAS eSB NO ESTADO DO PARANÁ (2008-2017).....	32
QUADRO 2 – ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL (RASB) DO ESTADO DO PARANÁ.....	37
QUADRO 3 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PROPOSTA PELA LINHA GUIA DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL (RASB) DO ESTADO DO PARANÁ.....	39

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NO PACTO PELA SAÚDE.....	45
TABELA 2 – EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE (COAP).....	46
TABELA 3 – EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	47
TABELA 4 – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL(IDH-M) E INDICADOR DE EXDONTIA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, 2018.....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

APS	-	Atenção Primária à Saúde
CEO	-	Centros de Especialidades Odontológicas
DSS	-	Determinantes Sociais da Saúde
eSB	-	Equipes de Saúde Bucal
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
IDH-M	-	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPARDES	-	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
PNSB	-	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
RASB	-	Rede de Atenção à Saúde Bucal
SESA-PR	-	Secretaria do Estado de Saúde
SIA/SUS	-	Sistemas de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>CONSTRUINDO OS CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO PARANÁ.....</b>	<b>18</b>
3.1	HISTÓRICO DA ODONTOLOGIA NO SERVIÇO PÚBLICO DO PARANÁ.....	21
3.2	A INCLUSÃO E A EXPANSÃO DA EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO PARANÁ.....	24
3.3	A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL (RASB) NO ESTADO DO PARANÁ.....	34
<b>4</b>	<b>AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: AVANÇOS E RETROCESSOS NO ESTABELECIMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NACIONAIS NO PERÍODO DE 2007 A 2019.....</b>	<b>42</b>
4.1	INDICADORES DE SAÚDE BUCAL: PARTINDO DO PACTO PELA SAÚDE AO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA (COAP)	44
<b>5</b>	<b>DESENVOLVIMENTO HUMANO E PERDA DENTÁRIA NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ.....</b>	<b>49</b>
5.1	ANALISANDO OS RESULTADOS DO NÚMERO DE EXODONTIA DE DENTES PERMANENTES DOS MUNICÍPIOS DA 2ª. REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ.....	50
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A atual situação epidemiológica dos agravos à saúde impõe aos serviços de saúde o desafio de adotar uma configuração universal, pautada na equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas sob a perspectiva do cuidado e não mais da cura. Essa situação tem provocado os formuladores de políticas públicas a desenvolver novos modelos de gestão e de atenção, fazendo repensar a proposta de organização dos sistemas em Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Tendo a finalidade de mudar a realidade da atenção à saúde bucal oferecida pelo sistema de saúde pública no Brasil, que durante anos se baseou na produção de procedimentos curativos e mutiladores, em 1994 foi criado (em consonância com o SUS) o Programa de Saúde da Família, hoje renomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), demonstrando assim um atraso na inclusão das equipes de saúde bucal. A ESF promoveu a reorganização do modelo de atenção, reafirmando os princípios e os valores da promoção da saúde quando propõe a atuação a partir de uma visão ampla da saúde da família no seu território de vida (MATTOS *et al.*, 2014). As equipes de saúde bucal (eSB) foram inseridas na ESF pelas Portarias Ministeriais n. 1.444 de 2000 e n. 267 de 2001, com o intuito de organizar a prática da atenção à saúde bucal sob novas bases, centrando o foco no indivíduo, família e comunidade (PEREIRA *et al.*, 2009).

Em 2004, com um novo cenário político foram estabelecidas as diretrizes da Política Nacional de Saúde (PNSB), visando à consolidação dos princípios do cuidado, equidade e integralidade por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), planejadas com o intuito de direcionar os serviços de saúde a partir da identificação das necessidades da população e fortalecimento da atenção primária e da articulação com os demais níveis de atenção. Progressos significativos ocorreram nesses 14 anos de política, tanto no acesso aos serviços quanto no impacto epidemiológico observou-se queda no número de doenças bucais da população brasileira, redução do componente cariado e aumento do componente obturado no índice CPO-D, crianças livres de cárie e uma população adulta com menor perda dentária (CARRER *et al.*, 2019).

Com a Odontologia assumindo posição de destaque no cenário da saúde pública brasileira, foi possível verificar o crescimento na oferta e cobertura de serviços odontológicos no período de 2003 a 2006 e sua conservação nos anos seguintes (2007 a 2014). No período entre os anos de 2006 e 2014 a cobertura populacional por esB variou de 34 a 40%, representando um aumento de mais de 200% se comparado a 2002. Os avanços do serviço odontológico oferecido pelo SUS estão ligados ao repasse de verbas da União para os estados e municípios da federação, que entre em 2003 e 2014 teve um aumento de 10,9 vezes; ao final de 2014, o repasse para as esB e ESF chegou a 721,7 milhões de reais (CHAVES *et al.*, 2017). Segundo CARRER *et al.* (2018) o desenvolvimento das políticas de saúde bucal no Brasil caracterizou-se como um processo de continuidades e rupturas.

Entretanto, apesar dos avanços observados pela inserção da Odontologia na APS, ainda é possível constatar desigualdade no acesso aos serviços, seja por região geográfica ou nível de escolaridade do usuário (CHAVES *et al.*, 2017). Para identificar os problemas e nortear a tomada de decisão dos gestores em saúde faz-se necessário sua utilização de sistemas de informação de saúde, que permitem traçar o modelo de atenção à saúde bucal vigente e é um componente valioso para o estudo das necessidades da população, ou seja, uma ferramenta útil na organização da saúde bucal dos municípios (BARROS; CHAVES, 2003; FACCHINI; CASTILHOS; TEIXEIRA, 2011).

O Paraná sempre foi ousado na implantação de ações de saúde bucal no serviço público, tanto com as ações de prevenção e proteção da saúde como também na oferta das primeiras eSB, mesmo antes da regulamentação do governo federal. A necessidade também de se estabelecer uma Política Estadual de Saúde Bucal em novas bases levou a implantação da Rede Atenção à Saúde Bucal (RASB) em 2011, com o estabelecimento da Linha Guia, definindo pontos de atenção e as normativas para o atendimento dos usuários, com a definição de risco coletivo e individual. No entanto, apesar do pioneirismo sobre a saúde bucal no serviço público no estado, ainda carece de estudos que ampliem e reforcem esse papel de destaque no cenário nacional.

Deste modo, como apresentado até aqui, faz emergir as seguintes questões norteadoras abaixo:

- Que momentos históricos e caminhos foram traçados até a implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) no estado do Paraná?



- Qual é a importância da definição de indicadores de saúde bucal na reorganização da atenção à saúde bucal no Brasil?

- Como o indicador número de exodontia de dentes permanentes, mesmo que aplicado em um estudo de caso referente à uma regional de saúde do estado do Paraná, pode demonstrar alguns apontamentos sobre a necessidade de reorganização da atenção à saúde bucal?

Diante dessas questões, os objetivos do presente estudo foram compreender a construção histórica das ações e políticas da saúde bucal no serviço público no estado do Paraná destacando a implantação da RASB, bem como, identificar a evolução e uso dos indicadores de saúde bucal na avaliação dos serviços odontológicos no SUS, e aplicabilidade deste com o uso de o indicador número de exodontias em um estudo de caso na 2ª. Regional de Saúde do Paraná.

## 2 METODOLOGIA

A abordagem empregada nesta pesquisa foi de natureza qualiquantitativa. Segundo Triviños (1987), a abordagem qualitativa trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. O uso da descrição qualitativa procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências. Para Mattar (2001), a pesquisa quantitativa busca a validação das hipóteses mediante a utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de um grande número de casos representativos, recomendando um curso final da ação. Ela quantifica os dados e generaliza os resultados da amostra para os interessados. Entretanto, estudiosos defendem que apesar das diferenças entre as abordagens, eles são complementares na compreensão da realidade social (MINAYO; SANCHES, 1993).

A dissertação para contemplar o proposto, foi conduzida em 3 etapas operacionais. Na primeira parte, intitulada: “CONSTRUINDO OS CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO PARANÁ”, por meio de pesquisa bibliográfica narrativa, teve a finalidade de descrever os caminhos históricos da construção da saúde bucal nos serviços públicos no estado do Paraná, destacando o processo de formulação e implantação da Rede de Atenção em Saúde Bucal.

Já para compreender a importância do processo avaliativo na área da saúde bucal, a segunda parte: “AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: AVANÇOS E RETROCESSOS NO ESTABELECIMENTO DE INDICADORES NACIONAIS NO PERÍODO DE 2007 A 2019” realiza um debate sobre como tem sido retratado a temática sobre indicadores de saúde bucal na avaliação das ações de saúde bucal no Brasil.

Deste modo, para conduzir essas duas primeiras fases do estudo, foi também necessário a análise documental, método este que necessita aprofundar enfoque descritivo, devido a necessidade de buscar informações em materiais que não receberam tratamento analítico (GIL, 2008) e permitir a análise de uma realidade que não pode ser quantificada (MINAYO, 2002). Além de proporcionar a realização de uma contextualização histórica e sociocultural do material analisado (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Para atingir a especificidade da segunda parte, foi analisado as diretrizes governamentais do Ministério da Saúde que apresentavam os indicadores de saúde bucal, emitidos entre 2007 e 2019. A coleta de dados foi realizada utilizando o site institucional do Ministério da Saúde.

O último capítulo, nomeado: “DESENVOLVIMENTO HUMANO E PERDA DENTÁRIA NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ” trata-se de um estudo descritivo correlacional com base em dados secundários quantitativos, com uso de associação entre indicador social e de saúde bucal.

De acordo com Jannuzzi (2002, p. 05), o “Indicador Social é uma medida em geral quantitativa, dotada de significado social substantivo, utilizado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato. O autor relata que o indicador social é um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre o aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão ocorrendo”. Os indicadores têm a finalidade de subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, bem como possibilita aprofundamento sobre as mudanças sociais e os determinantes dos diferentes fenômenos sociais.

Dessa forma, para atuar na perspectiva da vigilância em saúde é imprescindível a utilização de indicadores sociais e de saúde que, articulados, ajudam a medir problemas e avaliar resultados da intervenção em saúde. Tais indicadores, utilizados de forma pactuada, constituem-se caminho apropriado para o envolvimento de diferentes atores sociais na construção de projetos intersetoriais capazes de influenciar a formulação de políticas públicas que melhor respondam as demandas sociais de saúde (JANNUZZI, 2004).

A região delimitada compreende os municípios da 2ª. Regional de Saúde Metropolitana do estado do Paraná, área composta por 29 municípios e ser a maior regional de saúde do Paraná. Os municípios que compõem a 2ª Regional de Saúde foram selecionados por apresentarem algumas particularidades, tal como, miscigenação urbana e rural bem como, diferenças de desenvolvimento socioeconômico. O Indicador de Saúde Bucal selecionado foi o de exodontia de dentes permanentes obtidos pela base de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e o IDH-M foi obtido por meio da base de dados Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES),

referentes ao ano de 2017 e 2010, respectivamente. Como critérios de inclusão foram selecionados municípios que apresentavam os procedimentos do indicador de exodontias e IDH-M nas bases de dados citadas anteriormente. Dessa forma, apenas um município foi excluído por não apresentar os dados do número de exodontias de dentes permanentes no SIA/SUS. Para estabelecer a correlação entre os indicadores de saúde bucal, foram utilizados os dados referentes a 2017 em comparação com os índices de desenvolvimento humano (IDH-M e IPDM), de 2010. Para determinar a correlação entre o indicador exodontias e o IDH-M foi utilizado o *software* SPSS *Statistics*, versão 25, por meio do teste de correlação de Pearson, com nível de significância de 5%.

### 3 CONSTRUINDO OS CAMINHOS DA SAÚDE BUCAL NO ESTADO DO PARANÁ

Por um longo período, a odontológica pública no Brasil, foi de caráter bastante limitado e priorizou um grupo específico da população (os escolares da rede pública), por meio da implementação de diferentes modelos assistenciais (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008). Tais modelos (Figura 1) se mostraram ineficazes, já que não resolveram os problemas principais dos escolares, sendo de alto custo e de baixo rendimento.

Este capítulo da dissertação tem o objetivo de apresentar um breve histórico nacional e, mais especificamente, o cenário da organização da saúde bucal no estado do Paraná, destacando que ao decorrer do período os avanços e desafios da construção dos caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado.

FIGURA 1 – MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL.



Fonte: Vasconcelos e Frattucci (2013).

A construção da saúde bucal coletiva ganhou ênfase a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a saúde bucal tem sido apontada como um dos motivos mais relevantes para demanda por cuidados de saúde (ANTUNES *et al.*, 2016). Dessa forma, a população permanece continuamente exposta aos fatores de risco e

de proteção, que podem incidir de modo desigual sobre os estratos sociais, provocando iniquidades em saúde bucal.

Entretanto, durante muito tempo as necessidades dos cidadãos perduraram e foram vistas em serviços de saúde fragmentados, organizados preferencialmente para a assistência bucal às condições agudas, com procedimentos de conduta invasiva, em contatos rápidos e esporádicos, em detrimento da atenção continuada e integral às condições crônicas (PUCCA JUNIOR *et al.*, 2015).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), um marco importante se deu por meio da implementação do Programa Saúde da Família, em 1994, (atualmente denominado Estratégia Saúde da Família - ESF). A ESF promoveu a reorganização do modelo de atenção no Brasil, com enfoque na família em um território adstrito, na promoção da integralidade e da hierarquização e promovendo a atuação multiprofissional (BRASIL, 2000). No entanto, somente no ano 2000, por meio da Portaria n. 1444, estabeleceu-se o incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal pela ESF (BRASIL, 2000). A Portaria definiu que a inserção das equipes de saúde bucal (eSB) visava ampliar o acesso às ações de saúde, assegurando atenção integral e vínculo territorial. Foram propostas duas modalidades de equipes: I, com um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário<sup>\*</sup>; II, que incluía adicionalmente um técnico de higiene dental<sup>†</sup>.

Posteriormente, em 2001, foi publicada a Portaria n. 267, a qual regulamentou a Reorganização das Ações de Saúde Bucal na APS e descreveu os procedimentos compreendidos neste nível da atenção (BRASIL, 2001). Desde o estabelecimento do incentivo para implantação das eSB, durante anos constatou-se elevado crescimento do número de equipes no país. As ações a serem desenvolvidas pelas eSB devem ser orientadas para o cuidado em saúde bucal como eixo de reorientação do modelo, além de serem pautadas na humanização, na corresponsabilização dos serviços, e no trabalho voltado para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto e do idoso (BRASIL, 2006).

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o Brasil Sorridente, o qual garante ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Tem como objetivo, a reorganização da prática, e a

---

<sup>\*</sup> Denominação profissional dada à época.

<sup>†</sup> Denominação profissional dada à época.

qualificação das ações e serviços, promovendo a ampliação do acesso ao tratamento odontológico e incentivando a implantação das eSB na ESF (BRASIL, 2004).

Com a incorporação das eSB na ESF, tem se buscado a atenção à saúde integral, visando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde. Além disso, houve avanços no sentido da educação permanente, no acolhimento e criação de vínculo. Entretanto, ainda há desafios referentes à melhoria do cuidado, ao trabalho integrado em equipe multiprofissional, ao controle social e às ações intersetoriais (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde Bucal, representada pelas Diretrizes da Política Nacional da Política de Saúde Bucal, exerceu um importante papel indutor de grandes avanços na reorganização da atenção primária, no acesso às especialidades odontológicas e atenção hospitalar, na resolutividade dos problemas de saúde bucal, no cuidado integral e no desenho da rede de atenção à saúde bucal no país (CARRER *et al.*, 2019). A criação, em 2004, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) foi um marco na atenção à Saúde Bucal no Brasil. Atualmente, a atenção integrada à saúde bucal pode contar com a Atenção Primária à Saúde (APS) alocada na Unidade Básica de Saúde e com a atenção especializada com os CEO. A alta complexidade em Odontologia sempre foi um ponto crítico, devido ao fato de outros atores entrarem neste cenário com interesses divergentes. A Política Nacional de Saúde Bucal investiu também na organização da atenção hospitalar, destacam-se a atenção às pessoas com neoplasias bucais e os pacientes especiais que necessitam de anestesia geral. O credenciamento de Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) foi vinculado a presença do cirurgião-dentista na equipe, o que garante que os usuários oncológicos tenham acesso à atenção odontológica antes, durante e depois de seu tratamento (CARRER *et al.*, 2018; 2019).

A Política Nacional de Saúde Bucal, além da expansão e da criação dos serviços odontológicos, reorientou completamente o modelo assistencial. Iniciou a implantação de uma rede assistencial de saúde bucal, que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais. Este parece ser um dos grandes desafios da

Odontologia: constituir-se como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odontológicas (BRASIL, 2018).

No entanto, Serra *et al.* (2005) argumentam que a Política Nacional de Saúde Bucal, se por um lado abre caminhos para a ampliação da APS e das ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção à saúde, bem como investimentos na estruturação dos mecanismos de referência por meio dos CEO, por outro lado sofre diretamente influência da gestão municipal, estadual ou regional. Isto pode comprometer a garantia da continuidade no cuidado à saúde. Portanto, é fundamental que a gestão, nas suas diferentes esferas, desencadeie e apoie o processo de construção e do fortalecimento da APS como centro ordenador do cuidado na estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

No campo da saúde bucal, desde o início da organização da atenção odontológica estatal, o Paraná tem se mostrado pioneiro na implementação de programas e políticas, sendo considerado exemplo de organização dos serviços odontológicos no Brasil. Muito contribuiu para esta condição a forte presença político-organizacional e normativa da Secretaria de Estado do Paraná (SESA-PR) e a importância alcançada pelo setor de saúde bucal em sua estrutura (BALDANI, 2008). Destaca-se também, nesses caminhos e trajetórias, a participação estratégica de ilustres cirurgiões-dentistas na condução da Divisão de Saúde Bucal, no Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, na Escola de Saúde Pública do Paraná e em diferentes funções dentro da SESA-PR. Dentre estas personalidades destacam-se: Lais Moreira Amarante, Lauro Consentino Filho e Léo Kriger.

Também vale ressaltar que o estado do Paraná se apresentou como pioneiro na inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, antes mesmo da normatização do Ministério da Saúde, identificando-se além de Curitiba-PR (em 1994) as experiências de Catanduvas-PR e Pitanga-PR (BALDANI, 2008).

### 3.1 HISTÓRICO DA ODONTOLOGIA NO SERVIÇO PÚBLICO DO PARANÁ

A odontologia no serviço público do Paraná aparece em nossa literatura, com mais ênfase, no início dos anos 1940, mais precisamente em 14 de outubro de 1941 na esquina das ruas Westphalen e Marechal Deodoro. Ali, com a ampliação do



Centro de Saúde no município de Curitiba-PR, passa-se a oferecer novos serviços como pré-natal, higiene escolar, higiene dentária entre outros. Esse espaço viria a receber um gabinete odontológico, o primeiro com características públicas. Estava assim criado o Serviço de Assistência Dentária do estado (AMARANTE, 2006).

Entre os anos 1940 e início de 1960, tanto a contratação de novos profissionais como a abertura de novos locais tiveram um movimento crescente e assim o serviço de higiene dentária foi aumentando. Merece destaque especial o ano de 1958, mais precisamente em vinte de outubro de 1958, com o início da fluoretação da água da estação de tratamento Tarumã (AMARANTE, 2006).

Entre os anos 1950 houve um crescimento desordenado do estado, principalmente da região norte e oeste, com um forte movimento migratório. O estado ofertava serviços de forma desarticulada e não padronizada, havendo uma expansão dos serviços de assistência odontológica principalmente nas escolas estaduais, sendo sua maior concentração em Curitiba-PR (AMARANTE, 2006). A Escola de Saúde Pública teve um papel fundamental para a formação nesse período, ofertando o curso de odontologia sanitária, formando vários especialistas que passaram a trabalhar com maior interesse na saúde pública (AMARANTE, 2006).

Nos anos de 1970 há uma expansão do número de consultórios, não se limitando à capital, mas mantendo o enfoque do seu atendimento prioritariamente em escolares (AMARANTE, 2006). Essa hegemonia do Sistema Incremental em todo país, com a priorização das crianças em idade escolar, acabou deixando de lado e excluía da assistência odontológica pública grande parcela da população.

No início dos anos 1980, existiam no estado 258 consultórios odontológicos, sendo que 106 em grupos escolares, 16 em centros de saúde e 136 nas demais unidades sanitárias, com muitos deles ociosos por falta de cirurgiões-dentistas (AMARANTE, 2006). Em 1982, o Serviço de Odontologia Sanitária (SOS) da SESA-PR, apresentava 174 cirurgiões-dentistas trabalhando em Curitiba-PR, contando com 62 contratados pelas prefeituras municipais para as Unidades de Saúde. Ao todo, o SOS contava com 236 profissionais para o atendimento odontológico na rede de saúde pública do estado (AMARANTE, 1994).

Em 1985, no Paraná surgiu uma outra experiência pioneira, a Atenção Precoce na Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No serviço público de assistência odontológica, os municípios de Cambé-PR e Londrina-PR

foram os primeiros na implantação da atenção precoce no formato “clínicas de bebês” (WALTER; GARBELINI; GUTIERREZ, 1991; BALDANI *et al.*, 2013). A Atenção Precoce propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes, e visava à educação do núcleo familiar para realização de tarefas de higienização da cavidade bucal, controle da amamentação noturna após os seis meses de vida e consumo racional de açúcar (BALDANI *et al.*, 2013). Conforme Pinto (2000), a clínica de bebês foi considerada uma promissora linha de prestação de cuidados preventivos implementada desde o nascimento da criança. A metodologia desenvolvida na clínica de bebês engloba duas fases principais: a fase educativa, em que os pais recebem informações sobre saúde bucal e sobre o funcionamento do programa, e a fase preventiva, na qual a criança recebe o atendimento clínico, com retorno previsto a cada dois meses (WALTER; GARBELINI; GUTIERREZ, 1991).

A Atenção Precoce destacou-se como um modelo de sucesso relativo para a clientela específica de crianças menores de três anos de idade, com resultados positivos na redução de cárie dentária tanto na idade assistida, quanto nas idades subsequentes, incluindo os escolares de seis anos de idade – época importante pela erupção do primeiro molar permanente. Provavelmente, o sucesso na redução do índice de cárie ocorreu pela ênfase dada à prevenção e educação em saúde bucal (BALDANI *et al.*, 2013). No entanto, o que se pode observar foi que as Clínicas de Bebês se tornaram um fenômeno crescente em um número cada vez maior de municípios, que acabaram implantando de forma distorcida como sinônimo de assistência odontológica. O risco da disseminação deste tipo de prática é a repetição de um mesmo erro grave do passado, quando o foco da atenção fica centrado em escolares, deixando o restante da população sem assistência, perpetuando um modelo excludente.

Dessa forma, a atenção precoce foi uma conquista da Odontologia e a sua inserção nos modelos assistenciais de saúde bucal pode ser visto como uma estratégia adicional para a prevenção das doenças, porém como estratégia de incorporação de mais um segmento da sociedade não excluiu os demais, e representa a incorporação de um novo entendimento na abordagem das doenças bucais, numa perspectiva preventivo-promocional. Entretanto, a implementação deste tipo de prática dentro dos serviços deve obedecer à lógica da integralidade

das ações, da universalidade no acesso aos serviços e da equidade (OLIVEIRA *et al.*, 1999).

O Paraná antes das décadas de 1980 apresentava um sistema de odontologia pública tradicional e hegemônico, com caráter individual e de forma desarticulada, sendo os seus serviços desintegrados. Com a criação do SUS, houve um grande processo de descentralização, sendo que desde então a SESA-PR deixou gradativamente de atuar na atenção primária, concentrando sua atuação na assistência odontológica especialmente na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, destacando: Centro de Atendimento Integral ao Fissurado (CAIF) e Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID).

Na atenção especializada, os CEOs dos Consórcios Intermunicipais de Saúde recebem incentivos financeiros mensais e em alguns poucos deles contam com cirurgiões-dentistas cedidos da SESA-PR (ALCANTARA, 2008). Em 2018, o estado do Paraná apresentava 53 CEOs, presentes em 42 municípios.

### 3.2 A INCLUSÃO E A EXPANSÃO DA EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO PARANÁ

Desde a incorporação das eSB na ESF, tem havido a busca pela atenção integral, visando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde (MATTOS *et al.*, 2014). Além disso, houve avanços no sentido da educação permanente, no acolhimento e criação de vínculo. Entretanto, ainda há desafios referentes à melhoria do cuidado, ao trabalho integrado em equipe multiprofissional, ao controle social e às ações intersetoriais.

Segundo Brasil (2007), as Secretarias Estaduais teriam como atribuições na APS deste então: participar do financiamento, garantir a equidade na oferta dos serviços, cooperar tecnicamente com os municípios, capacitar os recursos humanos, acompanhar, avaliar, regular os serviços executar as ações da APS de forma complementar ou transitória nos municípios que não desempenham sua responsabilidade.

A SESA-PR atualmente divide-se administrativamente em 22 Regiões de Saúde (RS) que realizam atividades de cooperação e assessoria com as secretarias

e departamentos de saúde dos municípios paranaenses. As RS contam na maioria com um cirurgião-dentista responsável pelas ações em saúde bucal (ALCANTARA, 2008). Logo no início da implantação das eSB na ESF no estado do Paraná em 2002, Baldani *et al.* (2005) realizaram um estudo para identificar como estava esse processo nos 136 municípios paranaenses até então com eSB. Observaram que todos os cirurgiões-dentistas estavam basicamente envolvidos, quase que exclusivamente, com o atendimento clínico, sendo que nem todos desenvolviam as outras atividades: Visita domiciliar (88,6%); Prevenção e promoção de saúde (95,2%), Reunião com toda a eSB (80,%); Planejamento do trabalho (91,4%); Interação com outros setores (72,4%); Reunião com a comunidade de abrangência (74,3%); Estabelecimento de grupos prioritários (73,3%); Articulação de referência e contrarreferência (48,6%); Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica para planejamento (33,3%). Os auxiliares, por sua vez, centravam suas ações em atividades convencionais como instrumentação do cirurgião-dentista, e desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais. Identificaram, por fim, também que os bebês, gestantes e idosos, nessa sequência, são os grupos populacionais menos atendidos pelas equipes, demonstrando que a área de saúde bucal ainda não se cumpriu um dos objetivos da ESF que é estender a atenção a todos os ciclos de vida.

No estado do Paraná, a Secretaria do Estado de Saúde (SESA-PR), em 2011, delineou em seu mapa estratégico, ações de capacitação para as equipes da Atenção Primária. Estas ações de fortalecimento da APS fazem parte do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), o qual apresenta três eixos de ações: investimento, custeio e educação permanente. No eixo educação permanente, foram realizadas uma série de oficinas com o objetivo de implementar as seguintes redes de atenção no Paraná: Rede Mãe Paranaense, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Saúde Mental, Rede de Urgência e Emergência. Até 2015, nove oficinas foram realizadas, com a participação de mais de 30.000 profissionais da APS, incluindo os cirurgiões-dentistas. Apesar do APSUS capacitar somente as equipes da atenção primária, o desenho da rede como um todo tem sido discutido desde a primeira oficina, possibilitando repensar o dimensionamento dos serviços nos diferentes níveis e pontos de atenção (PINTO *et al.*, 2016).

Entre 2011 e 2014, realizou uma série de oficinas com o propósito de homogeneizar conceitos e fundamentos sobre a APS como coordenadora das

Redes de Atenção à Saúde. Essas oficinas alcançaram cerca de 35 mil profissionais da APS, caracterizando-se como uma das estratégias educacionais de maior abrangência no Estado. No entanto, as oficinas não foram suficientes para que as equipes desenvolvessem competência na implementação dos macroprocessos da APS. Por esse motivo, a SESA-PR, em 2014, introduziu a tutoria na APS com o objetivo de apoiar as equipes no gerenciamento dos micros e macroprocessos prioritários, para que pudessem assumir a coordenação das Redes de Atenção à Saúde.

Para o desenvolvimento da Tutoria, seguindo os referenciais dos atributos APS, do modelo de atenção às condições crônicas e da gestão da qualidade, foi estabelecido o selo da qualidade como estratégia motivacional para as equipes (PARANÁ, 2018a). O selo da qualidade é um instrumento que congrega vários outros: Manual de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde, Metas de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as oficinas do APSUS, da SESA-PR. Este instrumento apresenta 04 (quatro) níveis:

1) **Selo Bronze** - tem por objetivo aferir o gerenciamento de risco, para garantir segurança ao usuário. Os cidadãos residentes no território de responsabilidade da equipe estão estratificados segundo o grau de risco para a saúde bucal, conforme Linha Guia de Saúde Bucal da SESA-PR. O manual da tutoria (PARANÁ, 2018b), propõe verificar:

- a) número de gestantes e crianças menores de 01 ano identificadas pela equipe;
- b) avaliar se 100% das gestantes da UBS estão com risco estratificado;
- c) avaliar se 100% das crianças menores de 01 ano estão com risco estratificado;
- d) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco;
- e) Em prontuário eletrônico, verificar possibilidade de sinalizar a estratificação de risco na ficha.

2) **Selo Prata** - visa aferir o gerenciamento dos processos, para garantir valor aos clientes finais. A equipe da APS e Saúde Bucal contam com linhas guias/protocolos clínicos e odontológicos para o atendimento das principais condições de saúde (Linhas Guia da SESA-PR: Rede Mãe Paranaense, Hipertensão, Diabetes, Idoso,

Saúde Mental, Saúde Bucal, Atendimento Integral às Pessoas em Situação de Violência, Protocolos do Ministério da Saúde). O manual da tutoria (PARANÁ, 2018c), propõe verificar:

- a) Presença de Linhas Guias/Protocolos Clínicos nos consultórios dos profissionais e ambientes pertinentes;
- b) Se os profissionais conhecem as Linhas Guias/Protocolos Clínicos questionando a sua utilização no dia a dia;
- c) Por meio de conversa com a equipe, se todos têm acesso e conhecem as estratificações de risco dos usuários (Condições Crônicas e Saúde Bucal).

3) **Selo Ouro** - deve aferir os resultados, para garantir efetividade das ações desenvolvidas pela equipe para a sociedade. O agendamento odontológico para condições crônicas é realizado de acordo com a estratificação de risco, segundo a Linha Guia de Saúde Bucal da SESA-PR. O manual da tutoria (PARANÁ, 2018d), propõe verificar:

- a) se a agenda odontológica está em consonância com a estratificação de risco, preconizada na Linha Guia;
- b) agenda programada para gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos e idosos;
- c) no prontuário, registro de busca ativa dos faltosos;
- d) atendimento de urgência e emergência em saúde bucal, adotando um Protocolo de Classificação de Risco, todos os dias da semana e em todos os turnos;
- e) se os cidadãos residentes no território de responsabilidade da equipe estão estratificados e acompanhados segundo o grau de risco para a saúde bucal, conforme a Linha Guia de Saúde Bucal da SESA-PR;
- f) se os cidadãos com problemas bucais que necessitam de encaminhamento para especialidades odontológicas, são referenciados de forma adequada para consultas no CEO, universidades, consórcios ou outros conforme a Linha Guia de Saúde Bucal.

4) **Selo Diamante** - congrega a tripla meta – mais saúde, melhor cuidado e maior eficiência. Certificar as equipes da APS com o Selo Diamante, tendo como critérios: i) a certificação anterior com os Selos Bronze, Prata e Ouro. ii) As condições para a manutenção do Selo Ouro; iii) O preenchimento de 100% de conformidade do

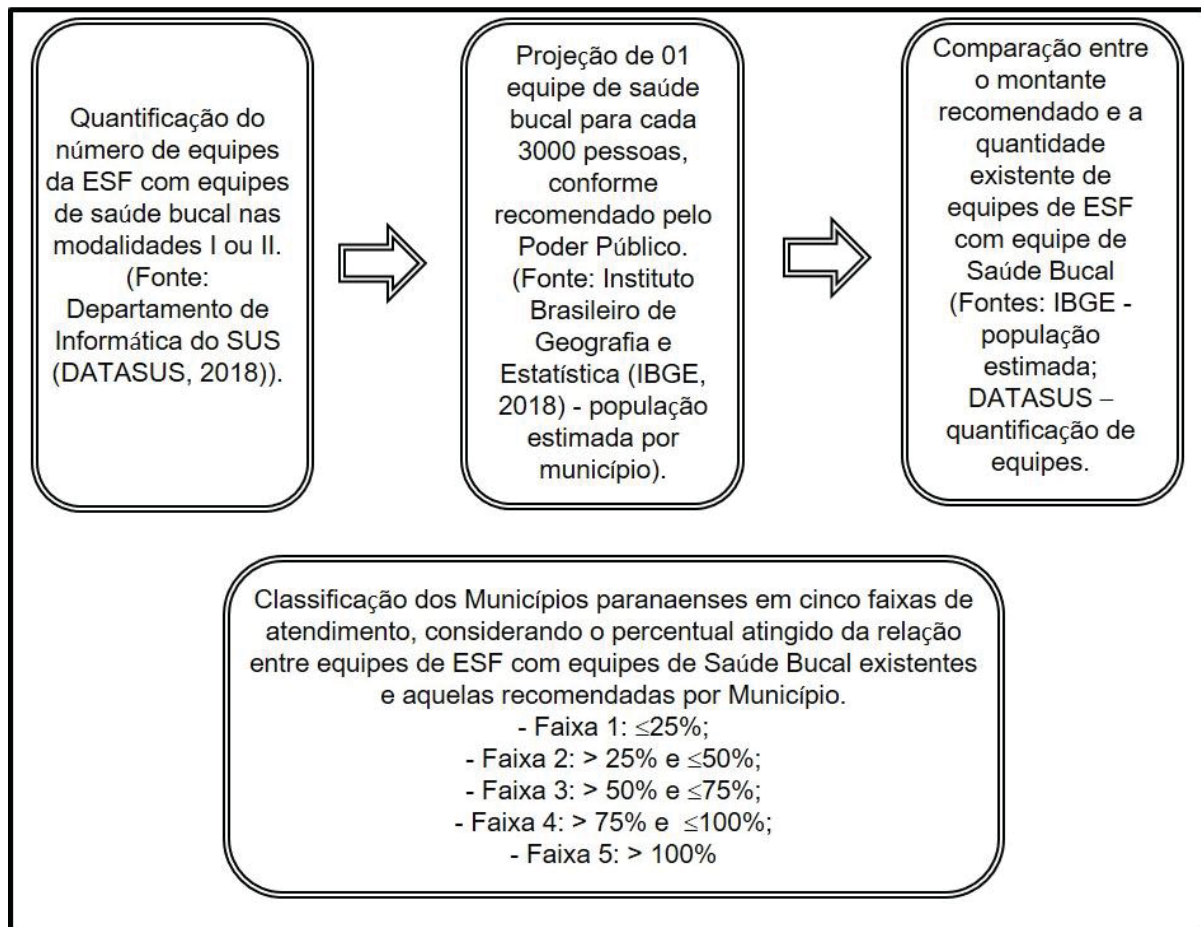
instrumento para o Selo Diamante (PARANÁ, 2018). Entre as metas estabelecidas para eSB para esta certificação, estão:

- a) 80% de crianças menores de 5 anos, vinculadas à APS, com zero cárie nos últimos meses;
- b) redução de 2,5 % de exodontia, na população em geral, vinculada à equipe da APS nos últimos 12 meses;
- c) 100 % de gestantes com estratificação de risco em saúde bucal, conforme Linha Guia da SESA nos últimos 12 meses;
- d) 100% das gestantes com problemas de saúde bucal, que necessitam de encaminhamento para especialidades odontológicas, foram encaminhadas de forma adequada para consultas no CEO ou serviços de referência nos últimos 12 meses.
- e) 90 % de gestantes com Tratamento Concluído (TC), conforme Linha Guia da SESA-PR nos últimos 12 meses;
- f) 100% de crianças menores de 5 anos com plano de cuidados com enfoque no autocuidado apoiado em saúde bucal, a ser prestado pela família, conforme Linha Guia da SESA-PR nos últimos 12 meses;
- g) 100% de crianças menores de 5 anos com TC, conforme Linha Guia da SESA-PR nos últimos 12 meses.
- h) 50 % dos diabéticos, hipertensos, transtorno mental de alto risco com estratificação de risco em saúde bucal, conforme Linha Guia da SESA nos últimos 12 meses.
- g) 100% dos cidadãos com problemas de saúde bucal que necessitam de encaminhamento para especialidades odontológicas, são encaminhadas de forma adequada para consultas no CEO ou Serviços de Referência nos últimos 12 meses.
- 50 % com TC em saúde bucal nos últimos 12 meses.

Para identificar a ampliação da cobertura de eSB no estado do Paraná, Ditterich et al. (2019) realizaram um estudo para avaliar a evolução das eSB na ESF, dentro de um período de 10 (dez) anos, compreendidos entre 2008 e 2017. Para a análise utilizou-se a proposta presente na Figura 2:



FIGURA 2 – METODOLOGIA EMPREGADA PARA ANÁLISE DAS COBERTURAS DAS eSB NO ESTADO DO PARANÁ.



Fonte: Ditterich *et al.* (2019)

As Figuras 3, 4 e 5 demonstram a evolução comparativa existente nos 399 Municípios paranaense ao longo de dez anos, destacando o período de 2008, 2013 e 2017. O Quadro 1 apresenta a síntese da análise das coberturas da eSB no Paraná.



FIGURA 3 – COBERTURAS DAS eSB NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ NO ANO DE 2008.

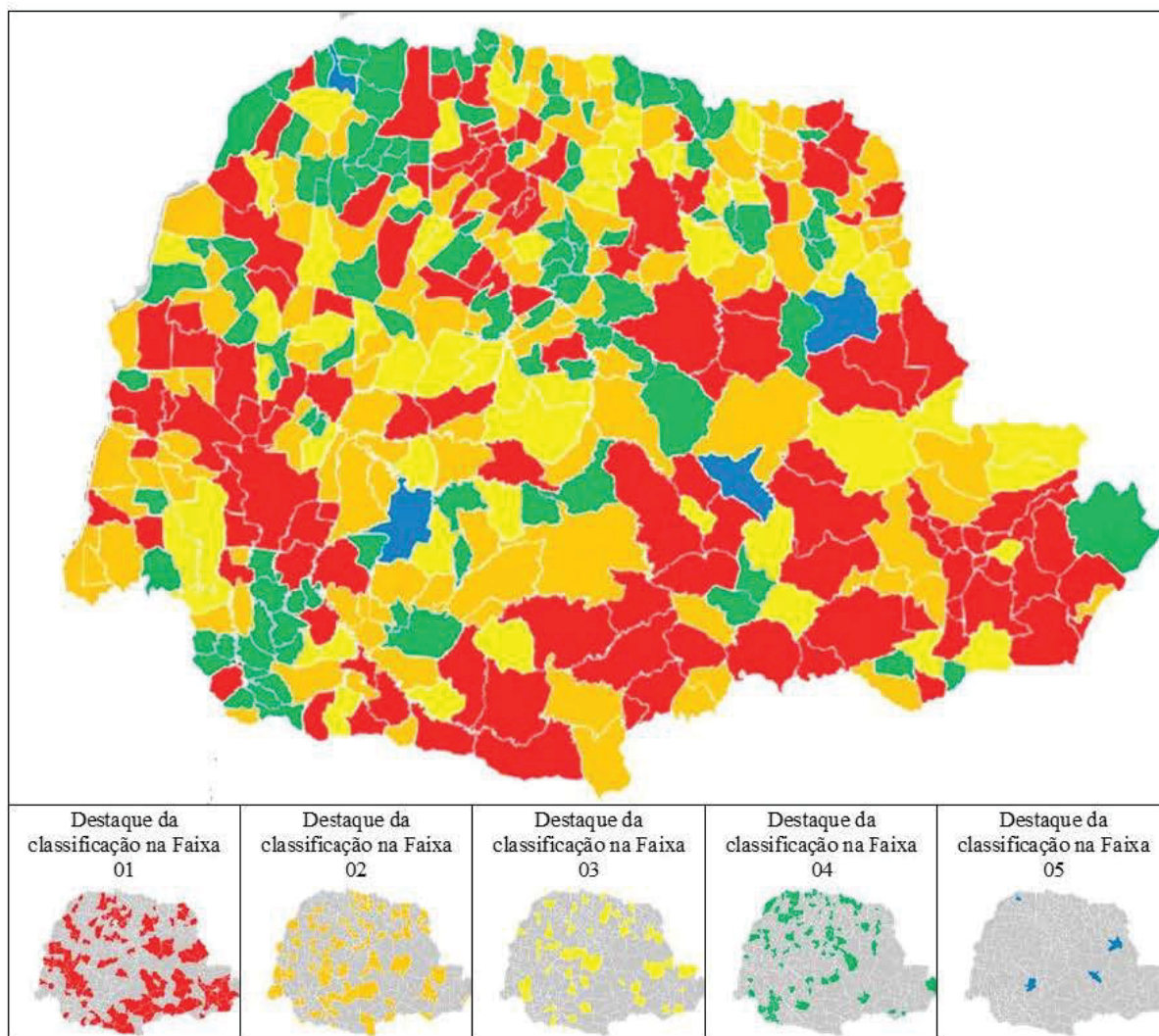


FIGURA 4 – COBERTURAS DAS eSB NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ NO ANO DE 2013.

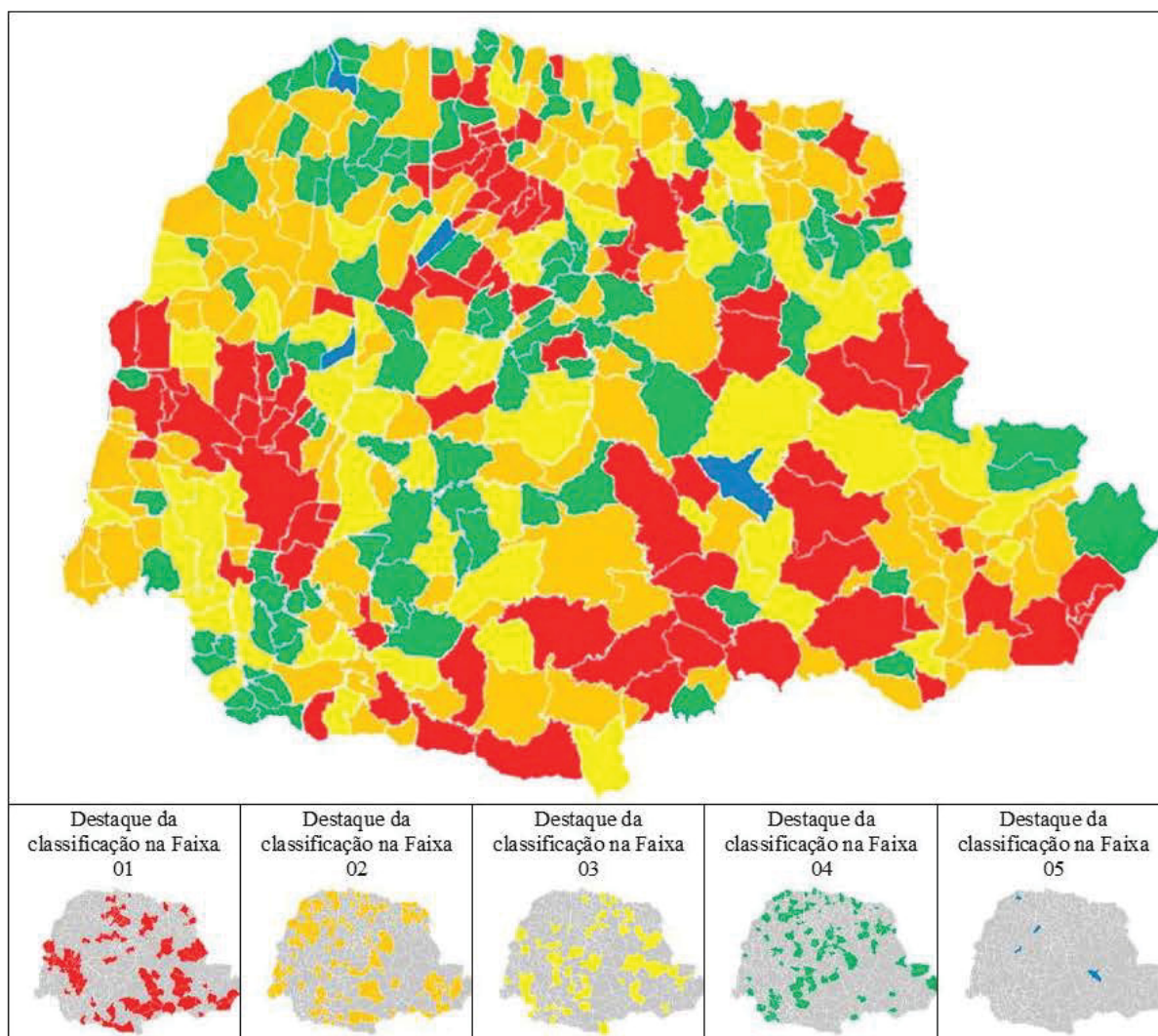
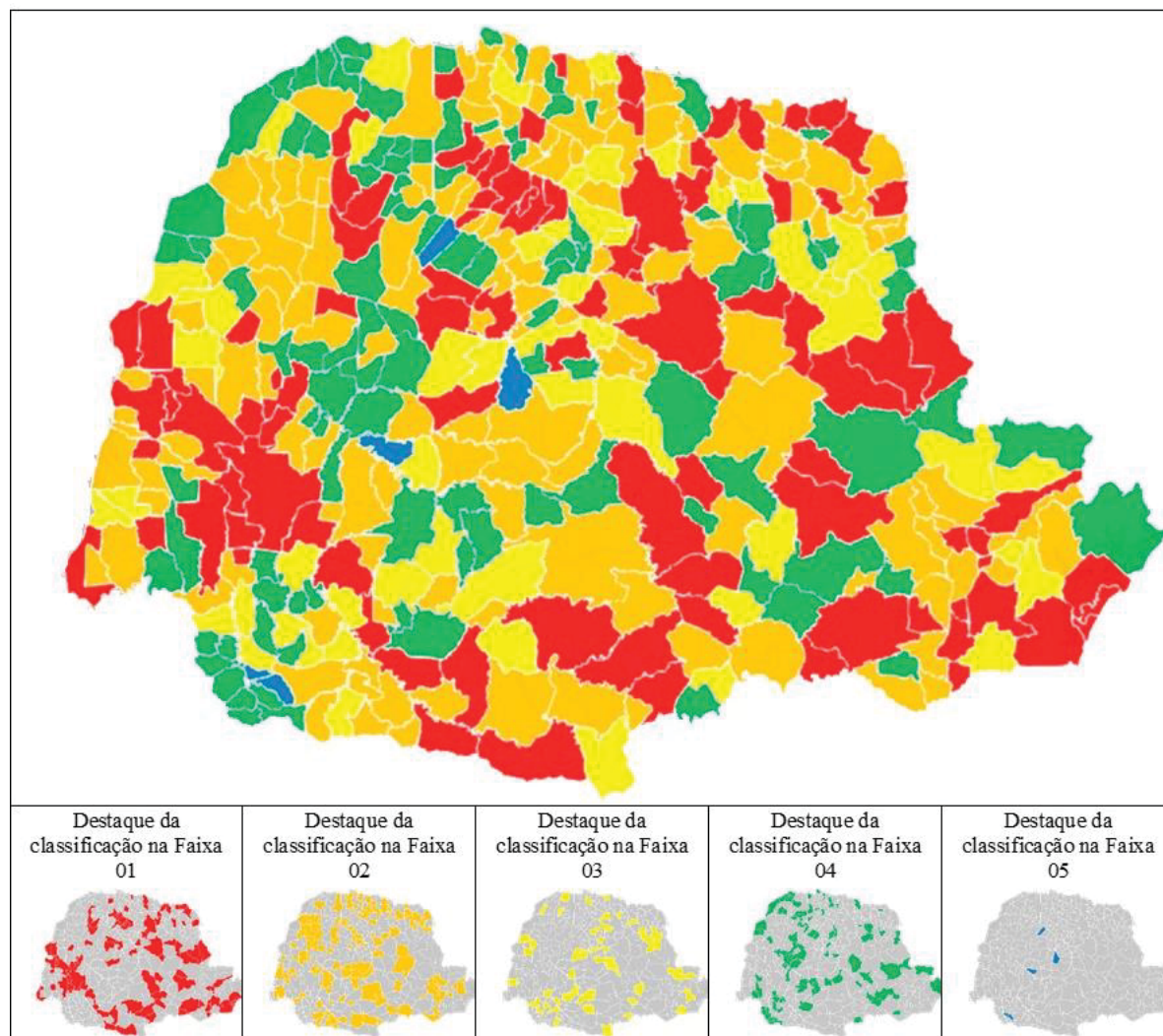


FIGURA 5 – COBERTURAS DAS eSB NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ NO ANO DE 2017.



QUADRO 1 – SÍNTESE DAS ANÁLISES DA EVOLUÇÃO DAS COBERTURAS DAS eSB NO ESTADO DO PARANÁ (2008-2017).

Para a Faixa 1 houve uma redução de 119 para 95 Municípios no período analisado (2008-2017). Portanto, no ano de 2008, 29,8% dos Municípios estavam enquadrados na Faixa 1, reduzindo este percentual para 23,8% no ano de 2017, considerando-se a reclassificação de 24 Municípios para as demais Faixas, representando uma melhora, nesta Faixa, de 20,2% durante o período analisado. O melhor índice encontrado na Faixa 1 estabeleceu-se nos anos de 2014 e 2015, período em que apenas 84 Municípios estiveram enquadrados nesta Faixa. Durante o período analisado, o número de Municípios que compunham a Faixa 1 manteve-se em queda desde o início (2008-2009) até o ano de 2014, permanecendo estável no ano de 2015 e, pela primeira vez, ampliando o número de Municípios dentro desta faixa de classificação a partir do ano de 2016, com nova ascensão em 2017.



Eram 113 Municípios que compunham a Faixa 2 no ano 2008, representando o menor número de Municípios dentro desta faixa de classificação durante o período analisado. Em 2017 esta Faixa atingiu a proporção de 140 Municípios. Percentualmente, os anos de 2008 e 2017 correspondem, respectivamente, à 28,3% e 35,1% da totalidade de Municípios do Estado paranaense. Esta Faixa é integrada pelo maior número de Municípios, se comparado com o número de Municípios que integram cada uma das demais Faixas, cujo aumento exponencial deste conjunto no período analisado é maior, inclusive, do que a redução que houve no número de Municípios que integravam a Faixa 1.

A Faixa 3 que era contemplada com 58 Municípios no ano de 2008, teve uma redução de 4 Municípios em relação ao período analisado, ficando com 54 Municípios no ano de 2017. Isto equivale a uma redução de 6,9% dos Municípios que compõem esta Faixa. O comportamento da evolução do quantitativo de Municípios que integram esta Faixa foi inverso ao ocorrido em relação à Faixa 1, ou seja, no início do período analisado a Faixa 3 manteve-se em ascensão, tendo seu ápice no ano de 2010, quando 71 Municípios ocuparam esta Faixa, representando 17,8% dos Municípios paranaenses, com declínio nos anos subsequentes, cuja queda mais acentuada ocorreu a partir do ano de 2015, culminando no resultado final anteriormente apresentado.

Durante o período analisado (2008-2017), a Faixa 4, em comparação às demais Faixas foi a única que se manteve estável, contemplando 105 Municípios em 2008 e 2017, representando 26,3% dos Municípios paranaenses. No entanto, dentro deste interstício, houve alterações na quantidade de Municípios, sendo que o melhor ano foi o de 2011, no qual 115 Municípios compunham esta Faixa, equivalendo a 28,8% da totalidade de Municípios do Paraná e o ano de 2015 representou o menor número de Municípios, contemplando apenas 104, equivalendo a 26,1% da totalidade dos Municípios paranaenses.

A Faixa 5 obteve o maior crescimento durante o período analisado (2008-2017), estabelecendo-se em 25%. Todavia, em quantidade de Municípios esta majoração se torna pouco significativa, pois passou-se de uma totalidade de 4 Municípios no ano de 2008 para 5 Municípios em 2017, correspondendo, respectivamente, a 1% e 1,3%. O menor número de Municípios integrou esta Faixa nos anos de 2009 e 2012, com apenas 3 Municípios, em contraposição aos anos de 2015 e 2016, com o maior número de Municípios, quando 6 Municípios integraram esta Faixa, equivalendo a 1,5% dos Municípios paranaenses.

Fonte: Ditterich *et al.* (2019)

O Paraná também se destaca com maior percentual de eSB com Auxiliar e o Técnico de Saúde Bucal no cenário nacional, provavelmente reflexo do pioneirismo e tradição do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha na oferta do curso de Técnico em Saúde Bucal (ALCANTARA, 2008; BALDANI, 2008).

As eSB no estado do Paraná, no período de 2008-2017, apresentaram avanços em sua ampliação. Apesar disso, verificou-se que desde 2015 existiram

mudanças no número de eSB no estado, reduzindo o perfil de municípios com cobertura  $\geq 50\%$ . Esse fato evidencia o processo de desvalorização da atual política federal de saúde, no qual a saúde bucal não tem sido pauta na agenda de prioridades, refletindo na posição dos gestores na sua não ampliação e efetivação. No entanto, a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) no Paraná vem desencadeando grandes mudanças no processo de trabalho das eSB, qualificando-a e construindo uma rede articulada de serviços de atenção à saúde bucal (DITTERICH *et al.*, 2019).

### 3.3 A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL (RASB) NO ESTADO DO PARANÁ

A atual situação epidemiológica dos agravos à saúde impõe aos serviços de saúde o desafio de adotar uma configuração universal, pautada na equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas, sob a perspectiva do cuidado e não mais da cura. Essa situação tem provocado os formuladores de políticas públicas a desenvolver novos modelos de gestão e de atenção, fazendo repensar a proposta de organização dos sistemas em Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

No Brasil, apesar da concepção de RAS ser discutida há algum tempo e de modelos de redes terem sido implementados a partir de iniciativas individuais em alguns estados da federação no país, esta foi incorporada oficialmente ao SUS apenas em 2010, a partir da Portaria Ministerial n. 4279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) e do Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que complementaram a Lei Orgânica da Saúde n. 8080 de 1990 (BRASIL, 1990).

A modelagem das RAS se constitui em uma das estratégias do Ministério da Saúde para a regionalização dos serviços de saúde. O processo exige, além da organização da rede dentro do próprio município, a cooperação solidária entre municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado (LAVRAS, 2011).

O objetivo da RAS é prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutive, de forma regionalizada, com integração entre os diversos pontos de atenção (loais que prestam atenção singular) que, de fato, atenda às necessidades da população

adscrita. Essa definição traz a ideia de construção de outra forma de assistir à população, considerando que os resultados esperados não são alcançados, não são suficientes ou estão em desacordo com alguns aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos que ocorreram na sociedade brasileira (MENDES, 2011).

Encontram-se como principais características das RAS: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Desta maneira, as RAS temáticas ou prioritárias surgem com a finalidade de organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações (BRASIL, 2014). As RAS também se estruturam para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento (MOYSÉS, 2013).

No campo da saúde bucal, a organização dos sistemas sob a lógica de RAS se mostra favorecida pelo desenho da atual Política Nacional de Saúde Bucal, delineada em 2004 a partir dos princípios do cuidado e da integralidade. A partir de então, tem se estruturado em diversos eixos estratégicos que abrangem desde ações de vigilância em saúde e fluoretação das águas de abastecimento público, à expansão da oferta de serviços na APS até a assistência de média e alta complexidade, além da transversalidade com outras áreas e programas intra e interministeriais (PINTO *et al.*, 2016).

O estado do Paraná, a partir de 2011, em resposta a este cenário opta também em adotar o modelo de RAS na sua gestão e organização da atenção à saúde, compreendendo que o atual modelo de gestão estava ultrapassado devido ao seu modelo de cuidado fragmentado, criando as Redes estaduais denominadas: Rede Mãe Paranaense, Rede da Pessoa com Deficiência, Rede de Saúde Mental, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Urgência e Emergência (Paraná Urgência). No ano de 2014, a Direção Estadual de Saúde Bucal, por meio do visionário e ilustre professor Léo Kriger, sugere como política pública para o estado do Paraná a sexta rede, denominada Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB).

Na concepção de uma nova política de Saúde Bucal para o estado do Paraná, a RASB, vem para suprir uma lacuna, conforme resultados dos estados demonstrado pelo SB 2010, aos 12 anos de idade 60,8% dos indivíduos no Brasil relataram necessidade de tratamento odontológico. Ao avaliarmos a faixa entre 15 e 19 anos, verifica-se uma prevalência de necessidade de tratamento odontológico igual a 65,1%. Para as faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade foram observadas prevalências de necessidade de tratamento em saúde bucal, para o Brasil igual a 75,2% e 46,6%, respectivamente (BRASIL, 2003).

A RASB surge então, como um conjunto de ações que envolvem o controle das doenças bucais, por meio da promoção da saúde, prevenção em saúde, limitação dos danos causados pelas doenças e reabilitação integral do paciente. Este conjunto de ações é balizado pela “estratificação de risco”, que em relação à saúde bucal assume uma característica particular, envolvendo o atendimento de Atenção Primária, nas Unidades Básicas de Saúde; o atendimento secundário, nos Centros de Especialidades Odontológicas; e o atendimento terciário, em unidades hospitalares. O ponto chave desta atuação está na mudança do conceito de assistência à saúde, saindo de uma atuação isolada e pontual para um modelo de atenção à saúde, em que o sentido cuidador é fortalecido (PARANÁ, 2014).

Assim, a linha guia da Rede de Atenção à Saúde Bucal (PARANÁ, 2014) apresenta as diretrizes para sua implementação e reforça a importância do trabalho articulado e em equipe em cada ponto de atenção e entre os pontos de atenção, tendo as seguintes competências, território e resolubilidade (Quadro 2):

QUADRO 2 – ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL (RASB) DO ESTADO DO PARANÁ.

Nível de atenção	Ponto de atenção	Competência	Território sanitário	Resolubilidade
Primário	Domicílio	Identificação de fatores de risco. Busca ativa. Atenção domiciliar. Autocuidado. Educação em saúde.	Domicílio	80%
	UBS	Acolhimento. Cadastro. Estratificação de risco. Educação em saúde. Atendimento de urgência. Procedimentos clínicos e cirúrgicos.	Território de abrangência	
Secundária	CEO	Atendimento especializado em endodontia, periodontia, prótese, cirurgia, pessoas com deficiência, diagnóstico de lesões bucais, odontopediatria, ortodontia e implantodontia. Contrarreferência para as UBS	Território de abrangência	17%
	Universidades	Atendimento clínico a pessoas com deficiência. Exames anatomopatológico de lesões da cavidade bucal. Controle de qualidade dos exames anatomopatológicos. Atendimento especializado de casos clínicos complexos de cirurgia bucal, dentística restauradora, endodontia, periodontia, odontopediatria e ortodontia. Capacitação de profissionais de saúde bucal.	Macrorregiões	
Terciária	Hospitais de referência	Atendimento especializado em endodontia, periodontia, prótese, cirurgia, pessoas com deficiência, diagnóstico de lesões bucais, odontopediatria, ortodontia e implantodontia. Contrarreferência para as UBS	Macrorregiões	3%

Fonte: Adaptado de Paraná (2014; 2016).



A RASB foi criada para proporcionar à população dos 399 municípios maior qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos odontológicos do Paraná. Na prática, as ações que envolvem a prevenção, o tratamento e a reabilitação do usuário serão realizadas de maneira ordenada pela ESF e com sistemas de referência e contrarreferência para a atenção especializada e hospitalar (MOYSÉS, 2013). Na RASB, a APS deverá ser incentivada por aporte financeiro e na melhoria da estrutura e ambiência dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), investindo em equipamentos e periféricos para as UBS. Também se destaca a implantação da Segunda Opinião Formativa e Telessaúde, com a cessão de câmeras intraorais para apoiar os profissionais das equipes de APS no diagnóstico precoce do câncer bucal. A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná tem apoiado os municípios para qualificação da gestão do processo de trabalho e estabelecimento de protocolos de atendimento (PARANÁ, 2014).

Uma das grandes estratégias para organizar a RASB é o processo de estratificação da população, pois se torna central nos modelos de atenção à saúde permitindo identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes, que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de risco. Sua lógica se apoia num manejo diferenciado, pela APS, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares. O objetivo da estratificação de risco é o de permitir a priorização do atendimento aos que têm maior risco e atividade de doença e definir o planejamento terapêutico de cada usuário (Quadro 3) (PARANÁ, 2016).

QUADRO 3 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PROPOSTA PELA LINHA GUIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL (RASB) DO ESTADO DO PARANÁ.



**Estratificação de Risco  
em Saúde Bucal**



<b>Tabela de critérios de estratificação de risco em saúde bucal</b>	
<b>Item</b>	<b>Escore padrão</b>
<b>Critérios biológicos</b>	
O usuário apresenta condição crônica: diabetes, hipertensão, gestante ou idoso	2
Usuário com deficiência intelectual	3
Usuário acamado	3
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3
Criança de 6-11 anos ou Adolescente de 12-19 anos	4
<b>Critérios odontológicos</b>	
O usuário teve dor de dente nos últimos 6 meses	2
O usuário apresenta mancha branca ativa	1
O usuário apresenta boca seca	2
O usuário apresenta lesão de cárie em até 3 dentes	2
O usuário apresenta lesão de cárie de 4 a 7 dentes	3
O usuário apresenta lesão de cárie em mais de 8 dentes	4
O usuário está com ferida na boca há mais de 15 dias	3
O usuário está com sangramento na boca	2
O usuário está com algum dente permanente mole	3
O usuário precisa de prótese total	2
O usuário precisa de prótese parcial	1
O usuário tem perda de 1 ou mais dentes	4
O usuário necessita de endodontia conforme LG*	30
O usuário necessita de periodontia conforme LG*	30
O usuário necessita de cirurgia complexa conforme LG*	30
O usuário necessita de diagnóstico de lesão conforme LG*	30
O usuário é portador de necessidade especial que precisa de atendimento odontológico no serviço especializado conforme LG*	30
<b>Critérios de autocuidado</b>	
O usuário, mãe ou cuidador com baixa escolaridade (até 4º ano do ensino fundamental)	3
O usuário come doce ou toma refrigerante diariamente	2
O usuário não tem consumo regular de água fluoretada	3
O usuário não faz uso regular de creme dental fluoretado	3
O usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	3
O usuário só procura o serviço quando tem dor de dente	3

\*Linha Guia

<b>Critérios para criança de 0-5 anos</b>			
A criança faz uso de mamadeira sem higiene posterior		3	
A criança usa chupeta adoçada com açúcar ou mel		3	
A criança tem comportamento não colaborador durante a higiene		3	
A criança faz sua higiene sem a supervisão/complementação de um adulto		3	
A criança apresenta dentes fusionados e/ou hipocalcificados e/ou hipoplasia e/ou defeito congênito		2	
<b>Score total do usuário</b>			
<b>PONTOS</b>		<b>RISCOS</b>	
0-10		BAIXO RISCO	
11-30		MEDIO RISCO	
ACIMA DE 30		ALTO RISCO	
<b>Riscos</b>	<b>Score total</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Monitoramento</b>
Baixo risco	0 a 10 pontos	2 consultas	Anual
Médio risco	11 a 30 pontos	3 a 5 consultas	Semestral
Alto risco	acima de 30 pontos	6 ou + consultas	Trimestral
<b>Orientação para atendimento de urgência</b>			
<b>Riscos de urgência</b>	<b>Classificação</b>	<b>Recomendação</b>	
Hemorragia intensa (contínua e não controlada pela aplicação de pressão direta local). Tumefação extensa com comprometimento sistêmico: dificuldade para engolir ou respirar ou atingindo área dos olhos. Trauma facial maior: fratura óssea ou laceração facial extensa.	<b>Vermelho</b>	Encaminhamento ao hospital de referência	
Hemorragia menor (controlada por medidas locais). Traumatismo dento-alveolar ocorrido em tempo inferior a duas horas. Tumefação relacionada a infecções de tecido mole e dor dentária: intensa, espontânea e contínua. Paciente institucionalizado, escoltado, internado.	<b>Laranja</b>	Atendimento prioritário	
Dor dentária: moderada a intensa, intermitente ou noturna, mas com períodos de acalmia e passível de controle por analgésico.	<b>Amarelo</b>	Atendimento até 1 hora	
Usuário em situação urgente sob seu ponto de vista psicológico ou por entender merecer atenção diferenciada pela sua condição sistêmica (doença crônica descompensada).	<b>Verde</b>	Atendimento em até 2 horas ou agendado para atendimento programado	
Usuário com dor dentária leve, sensibilidade dentinária; fratura de restauração; exodontia de decíduos; reparo de peça protética.	<b>Azul</b>	Atendimento em até 4 horas ou agendado para atendimento programado	

Fonte: Paraná (2016)

A estratificação da população, em vez de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as por risco e define nas diretrizes clínicas os tipos de atenção a cada grupo populacional. Desta forma, os de baixo risco estarão centrados em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto que os portadores de condições de médio e alto risco têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e, nos casos de alto risco, a atenção especializada.

A construção de uma rede de atenção integrada em saúde bucal, com mecanismos de referência e contrarreferência exige a criação de diferentes pontos de atenção com garantia de acesso aos diferentes níveis de atenção e complexidade com posterior acompanhamento da atenção ofertada ao usuário (PINTO *et al.*, 2016). Apesar disso tudo, Baldani *et al.* (2018) ao avaliarem a organização da saúde bucal na APS, constataram no estado do Paraná, que é primordial o papel do nível estadual, uma vez que a organização da rede de atenção pressupõe a regionalização. No caso do Paraná, os resultados indicaram alta prevalência de eSB que informaram possuir oferta de consultas especializadas na rede, a maioria indicando os CEOs (70,0%). Porém, apesar dos esforços da SESA-PR para que se organize a rede de saúde bucal, ainda existem municípios que não possuem serviços especializados de referência, com predominância para os situados nos estratos mais carentes e com menor porte populacional.

No entanto, a partir da experiência em curso no Paraná, verifica-se que o comprometimento da gestão local tem conduzido o processo da implementação das RAS e potencializado a redução dos níveis de condições de saúde crônicas e agudas da população, investindo em melhor qualidade de vida (PINTO *et al.*, 2016).

#### **4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: AVANÇOS E RETROCESSOS NO ESTABELECIMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NACIONAIS NO PERÍODO DE 2007 A 2019**

A efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) depende de um processo de avaliação que precisa ser constante e estar subordinado aos objetivos e metas do sistema e, entre outros parâmetros, faz-se necessário a análise de indicadores adequados à realidade específica de cada situação (CAMPOS, 2007).

A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte ao processo decisório e, por isso, devem subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2006).

A institucionalização da avaliação dos serviços de saúde constitui um desafio para todos os níveis de gestão do SUS (NOVAES, 2000; TEIXEIRA, 2006; CAMPOS, 2007) e vem sendo discutida pela sociedade brasileira (HARTZ, 2005; BOLDSTEIN, 2002; FELISBERTO, 2006). Ela tem com objetivo de contribuir para a tomada de decisões, planejamento, programação e organização do serviço, tendo o cuidado de se levar em conta os sujeitos envolvidos na prática do serviço (TEIXEIRA, 2006).

Os indicadores de saúde são essenciais para o planejamento, gestão e avaliação em saúde. Apoiam a elaboração de políticas públicas e o estabelecimento de prioridades para atender às necessidades da população (TANAKA; TAMAKI, 2012). Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde instituiu o sistema de pactos interfederativos com o objetivo de incentivar os gestores do SUS a incorporar o monitoramento e avaliação de ações em sua prática, bem como possibilitar o acompanhamento do desempenho de serviços de saúde. Os pactos foram projetados para tornarem-se uma ferramenta para negociação pelo três entidades federadas, e estabelecer as metas a serem alcançadas e os indicadores de saúde previamente recomendados e acordados. Eles contêm uma lista mínima de indicadores - incluindo aqueles para gestão da saúde - a ser adotada pelos

municípios e estados, bem como as orientações técnicas para o cálculo dos indicadores, e os prazos e fluxos do processo de construção do pacto no nível nacional (MEDINA, 2001).

Em geral, tanto os indicadores quanto os fatores que podem influenciar seu uso na prática de serviço público ainda são bastante desconhecidos, apesar da disponibilidade de uma grande quantidade de informações sobre sua importância e propósito. Em um estudo foi verificado, as seguintes dificuldades e limitações no uso de indicadores de saúde foram apontadas pelos gestores: lentidão, falta de integração dos sistemas de saúde, e falta de treinamento para gerentes sobre como operar o sistema (LIMA *et al.*, 2005).

A importância da saúde bucal tem sido crescente no cenário nacional e o processo de descentralização favoreceu aos gestores o planejamento das ações conforme a realidade local, requerendo destes o conhecimento da situação de saúde e do desempenho do sistema para tomada de decisão em saúde (LESSA, VETTORE, 2010).

O levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2003 produziu subsídios para o planejamento e avaliação de ações de saúde bucal. Ficando assim, demonstrado a persistência de desigualdades regionais das condições de saúde bucal da população brasileira, o que exige, além de ações sobre os determinantes da incidência das doenças e agravos bucais, serviços destinados a minimizar suas consequências (BRASIL, 2004).

Esse levantamento revelou que o índice de acometimento da cárie dentária na dentição permanente (CPO-D) atingiu a média de 2,8 dentes aos 12 anos de idade, eleva-se a 6,2 na população da faixa etária entre 15 a 19 anos. Na faixa etária adulta (35 a 44 anos) e entre os idosos (65 a 74 anos) atinge níveis alarmantes com valores médios de 20,1 e 27,8 respectivamente. As desordens oclusais, nas suas formas severa, muito severa e incapacitante, atingem 36,6% dos escolares de 12 anos de idade. Mais de 28% dos adultos brasileiros apresentam nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada e 15% deles não possuem prótese total. Entre os idosos a situação ainda é mais grave, pois 75% (não) apresentam nenhum dente funcional e 36% deles não possuem prótese total modificada (BRASIL, 2004).

Contribuindo para esta compreensão, encontram-se também a falta de um referencial teórico que permita a descrição e avaliação sistemática dos vários



indicadores para a gestão da saúde bucal, publicados nas diretrizes governamentais para os diferentes serviços de saúde no Brasil, bem como a indisponibilidade de dados necessários para calcular esses indicadores e informações sobre sua fonte. Estudo conduzido por Bordin e Fadel (2012) analisaram a evolução temporal dos indicadores de saúde bucal de 2008 a 2010 nas bases de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e apontou que, desde então, as diretrizes do governo foram instituídas para orientar a construção do pacto, e fornecer uma lista de indicadores a serem acordados pelos gestores, sendo escassas as propostas apresentadas para indicadores de saúde bucal.

Neste contexto, questiona-se quais são os indicadores em saúde bucal que estão disponíveis para a gestão em saúde, para que de fato possa avaliar as políticas públicas implementadas e as ações propostas, bem como o desempenho do sistema e os resultados alcançados. São escassos os estudos acerca destes indicadores, incluindo os dados necessários para o seu cálculo e a sua fonte. Portanto, o objetivo deste capítulo foi analisar o desenvolvimento e estabelecimento de indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde a partir de 2007.

#### 4.1 INDICADORES DE SAÚDE BUCAL: PARTINDO DO PACTO PELA SAÚDE AO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA (COAP)

Em 2006, a Portaria n. 493, de 13/03/2006, estabeleceu os principais indicadores do Pacto de Atenção Básica, que passam a ser calculados a partir das bases nacionais dos diversos sistemas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Desde então, esses indicadores têm sido utilizados na gestão como instrumento na tomada de decisão, para avaliar ações e subsidiar o seu redirecionamento (MARQUES *et al.*, 2014). Este ano correspondeu a uma fase de maior progresso na evolução dos indicadores em saúde bucal, com a reintegração do indicador medidas preventivas e inclusão de novos e importantes indicadores relacionados aos cuidados básicos e especializados

Com a publicação do Pacto pela Saúde, assinado pelos três níveis de gestão, este estabeleceu novas formas de relacionamento e negociação entre os gestores do SUS, compreendendo três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o pacto pela gestão. A regulamentação do Pacto pela Saúde envolveu a

implementação diretrizes operacionais para o processo de gestão do SUS, e para a transição e monitoramento dos Pactos pela Vida e Gestão, unificando assim os processos de acordo em relação aos indicadores e alvos. No entanto, a unificação completa desses processos ocorreu apenas em 2007 (BRASIL, 2017).

No período entre 2007 e 2011 (Tabela 1), foram feitas mudanças nos indicadores de saúde bucal, com exceção de 2010 (BRASIL, 2010), quando novos indicadores foram incorporados e outros foram excluídos. Em 2009, a Portaria n. 2.669 de 3 de novembro de 2009 foi emitida com a lista de indicadores do Pacto pela Saúde para o biênio 2010-2011, nas várias áreas prioritárias; no entanto, indicadores de saúde bucal para 2010 não foram incluídos nesta lista, com a emissão da Portaria n. 3840 de 12 de dezembro de 2010, na qual esta portaria estabeleceu as diretrizes, instruções e prazos para o processo de ajuste de metas para 2011.

TABELA 1 – EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NO PACTO PELA SAÚDE.

<b>Indicadores</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	X	X	X	
Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	X	X	X	X
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	X			
Cobertura de implantação de Equipe de Saúde Bucal		X	X	
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais				
Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família				X

Fonte: Portarias GM/MS N°. 91/07; N°. 325/08; N°. 48/09, N°. 3840/10.

Disponível em: [http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg\\_norma\\_pesq\\_consulta.cfm](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm)

Uma proposta de novo pacto foi feita em junho de 2011, quando o Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011 foi emitido definindo novos critérios, ferramentas de construção de pactos e ferramentas de monitoramento utilizado pelas entidades federadas, por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). A publicação da Portaria n. 1580/12 liberou os administradores da obrigação de cumprir o Pacto pela Saúde ou assinar o Termo de Adesão Compromisso de Gestão (“Termo de Compromisso de Gestão”), e estabeleceu o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como a ferramenta federativa apropriada para formalizar relações interfederativas. Os dois indicadores de saúde bucal utilizados na transição do pacto pela Saúde ao COAP em 2012 (Tabela 2), visa garantir acesso equitativo e oportuno da população a serviços de qualidade. Enquanto aguarda a finalização do processo de reorientação do pacto, a Resolução do CIT n. 04 foi publicada em



agosto de 2012, que previa o acordo tripartido sobre as regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, sendo seu objetivo realizar a transição dos processos operacionais do Pacto pela Saúde para o COAP.

Após o período de transição, o COAP 2012 inovou incluindo indicadores relacionados ao processo de educação permanente profissionais de saúde, com o objetivo de contribuir para a formação, alocação, qualificação e valorização adequadas do SUS profissionais, além de promover a democratização do trabalho relações (BRASIL, 2016; FRANÇA *et al.*, 2018).

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou um manual com as metas e indicadores que compõem o COAP, e acrescentou um conjunto de diferentes indicadores para a lista desse ano (BRASIL, 2012). Os indicadores do Pacto pela Saúde foram mantidos e dois novos e diferentes indicadores foram incorporados abordando a saúde bucal. A Resolução n. 5/2013 definiu três indicadores de saúde bucal para triênio 2013-2015 (Tabela 2). Embora esta resolução tenha reduzido o número de indicadores em relação a 2012, manteve indicadores importantes para o monitoramento de ações. No entanto, a emissão da Resolução n. 2/2016 em 2016 excluiu todos os anteriormente indicadores propostos, e manteve apenas um: “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” (BRASIL, 2016). Em 2016, é publicada a resolução n. 8/2016 no qual estabelece muda novamente, e mantém somente o indicador Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica que já existia na pactuação de 2013-15.

TABELA 2 – EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NO CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE (COAP).

<b>Indicadores</b>	<b>2012</b>	<b>2013-2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017-2021</b>
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	X	X		
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	X	X		X
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos		X	X	

Fonte: CIT Resoluções N°. 4/12; N°. 5/13, N°. 2/16; N°. 8/16.

Disponível em: <http://www.conass.org.br/resolucoes-cit/>

Ao analisar os indicadores de saúde bucal, França *et al.* (2018) argumentam que indicadores do Pacto pela Saúde em vigor no período 2007-2011 representaram uma proposta promissora de avaliação de serviços no campo saúde bucal e incluiu uma avaliação não apenas do impacto de ações realizadas pelos serviços nesta

área, mas também no nível de acesso da população aos serviços oferecidos. No entanto, foi uma interrupção na proposição de indicadores de saúde bucal no Pacto pela Saúde para 2010, e os indicadores e metas para 2011 foram apresentados apenas no final de 2010.

No triênio 2013-2015, vários indicadores foram propostos. No entanto, ao contrário do esperado, houve uma gradual diminuição do número de indicadores de saúde bucal. Em 2016, o único indicador proposto para o monitoramento das ações nessa área foi o “Proporção de exodontias em relação aos procedimentos”, similar à “Proporção de exodontias em relação aos procedimentos básicos”, que fazia parte da lista de indicadores do Pacto de Atenção Básica no período de 2002 a 2006. Assim, apesar da contribuição potencial esperada dos indicadores estabelecidos no COAP, houve uma redução drástica no número de indicadores para a área de saúde bucal (FRANÇA *et al.*, 2018).

No que se refere ao PMAQ-AB, três ciclos foram instituídos pelo Ministério da Saúde, sendo do 1º. em 2011, o 2º. em 2013 e o último em 2015. Diferentes indicadores de saúde bucal foram identificados. Os dois primeiros ciclos contemplaram sete indicadores, no qual foram classificados em duas dimensões: desempenho e monitoramento. Os indicadores propostos, retratavam sobre: acesso e continuidade do cuidado, e resolutividade e oferta de serviços de saúde bucal. Já o 3º. Ciclo do PMAQ-AB houve uma redução dos 7 indicadores para 2 indicadores até então utilizados, e incorporando mais um: *Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal* (Tabela 3).

TABELA 3 – EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB).

Indicadores	1º. ciclo	2º. ciclo	3º. ciclo
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	X	X	
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	X	X	X
Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante	X	X	
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	X	X	X
Média de instalações de próteses dentárias	X	X	
Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante	X	X	
Taxa de incidência de alterações da mucosa oral	X	X	
Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal			X

Fonte: Ficha de Qualificação dos Indicadores (2012) e Manual Instrutivo (2017).

Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)

Nos últimos 50 anos, tem sido observada no Brasil melhoria significativa nas estatísticas de saúde. Alguns autores afirmam que isto se deve não somente ao aumento do nível de renda e educação da população, mas também à melhoria e à disponibilidade dos serviços de saúde (FERNANDES; PERES, 2005; LOIVOS *et al.*, 2009).

Ao longo dos anos, o uso de indicadores permitiu analisar a quantidade e a qualidade dos serviços de saúde bucal prestados, e determinar se são ou não apropriados e suficientes para atender a demanda existente. Os indicadores também demonstram se as ações planejadas devem ser melhoradas e alteradas, e determinam se o nível de cumprimento dessas ações com as reais necessidades do SUS. No entanto, a finalidade maior desse capítulo não é discutir se os indicadores em saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde são ideais ou não para mensurar a qualidade dos serviços e ações de saúde bucal no serviço público, mas comprovar que com o decorrer dos anos, mais especificamente nos últimos 2 anos, houve uma redução drástica do número deles, o que pode comprometer a avaliação em saúde bucal nos municípios, já que os indicadores que verificavam acesso e qualidade nos diferentes ciclos de vida e o cuidado integral foram excluídos nos últimos documentos técnicos do Ministério da Saúde.

Portanto, recomenda-se que sejam estabelecidos diálogos com a participação de atores de diferentes áreas (gestão, controle social e academia, entre outros) para identificar e estabelecer uma lista de indicadores abrangendo aspectos inerentes ao planejamento e avaliações de ações no campo da saúde bucal (FRANÇA *et al.*, 2018).

## 5 DESENVOLVIMENTO HUMANO E PERDA DENTÁRIA NA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

A cárie dentária não tratada em dentes permanentes tem sido considerada a doença mais prevalente em todo o mundo, afetando aproximadamente 2,4 bilhões de pessoas (KASSEBAUM *et al.*, 2015; ANTUNES *et al.*, 2016). A doença, quando não tratada, pode evoluir para a perda do elemento dentário. Tais condições de saúde bucal, constituem parte das condições de saúde que mais impactaram a saúde da população mundial, atingindo em torno de 15 milhões de pessoas (MARCENES *et al.*, 2013).

Nota-se que a atual situação epidemiológica impõe aos serviços de saúde o desafio de adotar uma configuração universal, pautada na equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas sob a perspectiva do cuidado e não mais da cura. Essa situação tem provocado a necessidade de os diferentes atores envolvidos nas políticas públicas repensarem a organização das ações de saúde bucal com novas estratégias para sua consolidação no SUS.

O último levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde, em 2010, produziu subsídios para o planejamento de ações de saúde bucal. Tais ações devem considerar o diagnóstico das condições de saúde e as necessidades da população adscrita. Deste modo é necessário determinar prioridades e direcionamento de recursos visando reestabelecer as condições de saúde da população (ZERMIANI *et al.*, 2014).

Os determinantes sociais da saúde (DSS) relacionam-se à análise das populações no contexto das políticas públicas e ações de saúde dirigidas à sociedade, sendo que, os determinantes sociais podem influenciar os desfechos em saúde (MARCHIORI; PELLEGRINI, 2007).

Jannuzzi (2002) afirma ainda que a seleção de indicadores é uma tarefa delicada, pois não existe uma teoria formal que permita orientá-la com estrita objetividade. Assim, é preciso garantir que existe, de fato, uma relação recíproca entre indicando (conceito) e os indicadores propostos.

Na área de saúde bucal, os estudos têm apontado a associação entre agravos bucais e condição social. Estudos em nível individual revelam que os fatores de risco sociais, tais como baixa escolaridade materna e baixa renda familiar,

são comuns à cárie dentária e a outras doenças e agravos infantis (PERES; BASTOS; LATORRE, 2000). Em estudos ecológicos esta relação também tem sido evidenciada, constatando-se que a experiência de agravos bucais é susceptível às desigualdades sociodemográficas e geográficas, sugerindo a existência de iniquidades em saúde bucal (BALDANI *et al.*, 2004; ANTUNES; NARVAI, 2010). Estas iniquidades em saúde refletem-se, inclusive, no acesso e utilização dos serviços de saúde, observadas em estudos internacionais (HJERN *et al.*, 2001; NGUYEN; HAKKINEN; ROSENQVIST, 2005) e nacionais (FERNANDES; PERES, 2005; JUNQUEIRA *et al.*, 2006).

Desta maneira, a fim de orientar o desenvolvimento da programação e do planejamento das ações a serem realizadas, deve-se levar em consideração o modelo vigente de atenção em saúde bucal, o diagnóstico das condições de saúde e as necessidades de tratamento da população adscrita no território em questão. Dessa forma, pode-se estabelecer prioridades e direcionar os recursos necessários à modificação positiva das condições de saúde da população. A informação é, portanto, essencial à tomada de decisões e orienta quanto às ações a serem desenvolvidas, visando à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à organização dos serviços oferecidos (BARROS; CHAVES, 2003).

O objetivo deste capítulo da dissertação foi correlacionar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) com o indicador de saúde bucal de número de exodontia em dentes permanentes dos municípios da 2ª. Regional de Saúde do Paraná, para analisar o processo de organização da atenção à saúde bucal nesta região.

## 5.1 ANALISANDO OS RESULTADOS DO NÚMERO DE EXODONTIA DE DENTES PERMANENTES DOS MUNICÍPIOS DA 2ª. REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Em relação ao IDH-M, em 2010, constatou-se que 15 municípios da 2ª. Regional de Saúde apresentavam entre 0,500 e 0,699, o que constata um médio desenvolvimento humano. Por outro lado, 11 municípios, encontram-se entre 0,700 e 0,799, sendo, portanto, considerados de alto desenvolvimento humano. Apenas um município (Curitiba) apresentou IDH-M superior a 0,800, considerado de elevado desenvolvimento (TABELA 1).

TABELA 4 – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDHM) E INDICADOR DE EXODONTIA DA 2ª. REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, 2018.

Município	IDHM (2010)	n. Exodontia/hab. (2017)
Adrianópolis	0,667	0,262
Agudos do Sul	0,660	0,477
Almirante Tamandaré	0,699	0,128
Araucária	0,740	0,038
Balsa Nova	0,696	0,131
Bocaiúva do Sul	0,640	-
Campina Grande do Sul	0,718	0,090
Campo do Tenente	0,686	0,104
Campo Largo	0,745	0,075
Campo Magro	0,701	0,125
Cerro Azul	0,573	0,089
Colombo	0,733	0,041
Contenda	0,681	0,091
Curitiba	0,823	0,033
Doutor Ulysses	0,546	0,189
Fazenda Rio Grande	0,720	0,060
Itaperuçu	0,637	0,023
Lapa	0,706	0,104
Mandirituba	0,655	0,120
Piên	0,694	0,042
Pinhais	0,751	0,083
Piraquara	0,700	0,139
Quatro Barras	0,742	0,044
Quitandinha	0,680	0,372
Rio Branco do Sul	0,679	0,102
Rio Negro	0,760	0,061
São José dos Pinhais	0,758	0,043
Tijucas do Sul	0,636	0,135
Tunas do Paraná	0,611	0,194

Fontes: IDHM, 2010 (site PNUD. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>. Acesso em: 10/10/2018). Indicador de Exodontia: SIA/SUS e IBGE (2017).

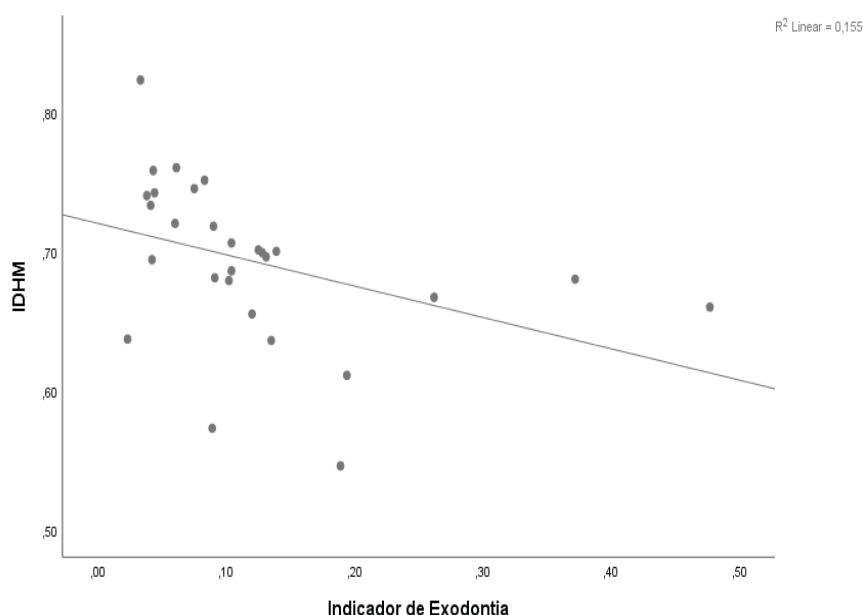
Com referência ao indicador de exodontia, verificou-se na Tabela 1 uma grande variação entre os municípios, onde observou-se valores entre 0,023 (Itaperuçu) a 0,477 (Agudos do Sul). A análise do indicador da média de exodontias se mostra bastante relevante para demonstrar o modelo de saúde adotado pelo município, esclarecendo se esse está focado na promoção de saúde ou se desenvolve somente em aspectos mutiladores (ZERMIANI *et al.*, 2014). O comportamento desse indicador pode, portanto, revelar a falta de acesso da população aos serviços odontológicos, o tipo de prática desenvolvida pelos profissionais, a gestão desenvolvida no município, bem como as características culturais de determinadas comunidades (FACCHINI; CASTILHOS; TEIXEIRA, 2011). O perfil deste indicador pode ainda ser produto de demanda reprimida de exodontias

pelos serviços de saúde bucal, decorrente das: 1) consequências da história natural da cárie dentária; 2) abordagem adotada pelos profissionais; 3) falta de priorização por parte dos municípios em investimento em ações preventivas de longo prazo e em materiais e equipamentos odontológicos para garantir uma prática mais conservadora e 4) expectativa que alguns usuários apresentam em relação a estética bucal, que a consideram adequado a extração de dentes naturais para a instalação de próteses totais (FERNANDES; PERES, 2005). Oliveira *et al.* (2011) ao analisarem os indicadores de saúde bucal no estado do Ceará, concluíram também que o elevado número de exodontias pode ser reflexo de que a demanda reprimida tenha prejudicado a execução de procedimentos conservadores, uma vez que a população, devido à falta de acesso a ações especializadas de saúde bucal, fica impossibilitada de manter alguns elementos na cavidade bucal. Em acréscimo, por uma questão eminentemente cultural das mais diversas ordens, o usuário opta pela exodontia de elementos passíveis de recuperação, como medida para solucionar o problema de maneira mais breve.

Em algumas situações, com o caso do município de Bocaíuva do Sul não apresentou os dados lançados no SIA/SUS para o ano de 2017, observa-se uma inconsistência nos registros e no controle da qualidade no registro dos dados do SIA/SUS nas esferas municipais, estaduais e federal, a qual gera uma necessidade de um melhor treinamento dos profissionais envolvidos no repasse de dados, bem como de maior regularidade na alimentação do sistema (MARQUES *et al.*, 2014).

No presente estudo, foi verificado uma correlação negativa entre o indicador de exodontia e o IDH-M nos municípios estudados, conforme disponibilizado na Figura 6. No entanto, uma das limitações verificadas foi a ausência de dados de IDH-M atualizados, as informações mais recentes são do ano de 2010, coincidente com o último censo do IBGE.

FIGURA 6 – CORRELAÇÃO ENTRE ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDHM) E INDICADOR DE EXODONTIA/HAB. NO ANO DE 2017 NOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ ( $R^2=0,155$ ).



Apesar disso, observou-se que quanto maior o IDH-M, menor é o número de exodontias, estabelecendo uma correlação negativa entre os dois fatores estudados ( $R^2=0,155$ ). Ou seja, o coeficiente de determinação demonstra que o IDH-M explicou 15% da variância do número de exodontias nos municípios pesquisados. Fernandes e Peres (2005) identificaram também nos municípios do estado de Santa Catarina que o IDH-M apresentou valores menores nos municípios com maior proporção de exodontias executadas. Palmier *et al.* (2012) verificaram que a proporção de exodontias apresenta importante relação com desigualdades na distribuição de renda e da cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Cabe destacar o entendimento de Fischer *et al.* (2010) sobre a importância desses estudos. Segundo estes, sua realização é extremamente útil para o planejamento das ações, como por exemplo, a oferta de outras possibilidades terapêuticas consideradas conservadoras, as quais têm o intuito de melhorar o indicador de exodontias e de procedimentos odontológicos individuais na atenção básica, cuja característica mutiladora se repete, mesmo em locais com maiores coberturas da Estratégia Saúde da Família. Esses achados também podem auxiliar os gestores da região estudada para reorientação ou para manutenção das políticas de saúde bucal vigente, de forma socialmente orientada.



Deste modo, evidenciou-se que O IDH-M foi associado significativamente à perda dentária nos municípios estudados, estabelecendo a relação das condições locais de vida com a condição de saúde bucal, desta maneira, este estudo de caso demonstrou a importância que a análise de indicadores de saúde bucal pode orientar na implementação de políticas públicas mais equitativas e melhoria no acesso e na provisão de serviços públicos odontológicos no SUS.

Os dados deste estudo foram provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), disponível no DATASUS, cujo documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) preenchido pelas unidades ambulatoriais no nível municipal, contendo o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento. Estas características podem, ocasionalmente, resultar em comprometimento dos dados, devido a fragilidades nos registros e ao controle de qualidade dessas informações nas esferas estadual e federal. Mesmo assim, vale salientar a importância da disponibilidade pública destes dados e sua utilização por pesquisadores e gestores, a fim de ajudar no processo de planejamento das ações e serviços de saúde (FISCHER *et al.*, 2010).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estado do Paraná se mostrou na vanguarda em aplicação de novas e arrojadas ações e programas de saúde bucal, pois desde os anos 1940 vem se aperfeiçoando ao longo do tempo um exemplo dessas ações foi que o município de Curitiba-PR em 1958 foi a primeira capital do Brasil a realizar a fluoretação das águas de abastecimento público. O estado esteve sempre a frente, iniciando com a implantação dos consultórios odontológicos públicos com um modelo focado exclusivamente para atendimento aos escolares, passando, na década de 1990, com a criação do SUS, por um grande processo de transformação, mudando o modelo de atenção à saúde com uma nova abordagem, focando na ESF e criando pioneiramente a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB).

A saúde bucal no SUS avançou muito no Paraná, especialmente na ampliação na cobertura de eSB na ESF, com a ampliação dos números de CEOs e inserção da Odontologia (ainda incipiente) na atenção hospitalar. O maior desafio tem sido fortalecer a RASB, com ampliação dos pontos de atenção especializada e hospitalar e a parceria com as Universidades, ao mesmo tempo que se faz necessário avaliar e aperfeiçoar com maior eficiência e controle social o campo da saúde bucal no Paraná.

Deste modo é fundamental a qualificação da gestão, com apoio do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais da Saúde, principalmente nos municípios menores e com baixa capacidade de resposta dos sistemas de saúde. Além disso, é importante que a regionalização seja efetiva e que se organize a RASB de forma equânime, a incluir principalmente esses municípios no Paraná.

Em relação aos indicadores de saúde bucal, estes são ferramentas para decisões tanto para planejamento como para a gestão direta das ações em saúde, tendo em vista que o Ministério da Saúde tem optado pela diminuição gradativa dos mesmos, podendo assim comprometer futuramente as ações da programação e avaliação em saúde bucal.

A análise dos dados contidos no SIA/SUS no ano de 2017 para a 2ª. Regional de Saúde do estado do Paraná permitiu observar que estes municípios se encontram em diferentes estágios de reorganização da atenção à saúde bucal. Além disso, a comparação destes dados com os indicadores socioeconômicos explicitou

uma correlação importante entre eles, principalmente no que se refere ao indicador de número de exodontias, no qual quanto maior o índice de desenvolvimento humano (IDH-M), menor foi o valor deste indicador. Esta realidade identificada promove algumas reflexões sobre a RASB, apontando a necessidade de ser reprogramada e modificada, para que sua Linha Guia seja realmente apropriada e exerça o papel das mudanças necessárias na organização dos serviços públicos odontológicos no Paraná em nível municipal.

## REFERÊNCIAS

1. ALCANTARA, C. M. Visão político-programática da participação da saúde bucal na ESF: uma visão no âmbito estadual – A experiência do Paraná. In: MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.; KRIGER, L. (Coord.). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008, p. 39-46.
2. AMARANTE, L. A. **A odontologia no contexto da Secretaria da Saúde no Estado do Paraná**. Curitiba: SESA-PR, 1994.
3. AMARANTE, L. M. **A Odontologia no contexto da Secretaria da Saúde no Estado do Paraná**. Curitiba: SESA-PR, 2006.
4. ANTUNES J. L. F.; NARVAI, P. C. **Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde**. Revista de Saúde Pública, v.44, n.2, p.360-365. 2010.
5. BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas**. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2011. p. 138-172.
6. BALDANI M. H. et al. A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v .6, n.31, p. 210-6. 2003.
7. BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1026-1035. 2005.
8. BALDANI, M. H. **Estratégia Saúde da Família e práticas de saúde bucal em experiências selecionadas: análise crítica – A experiência em cidades de médio e pequeno porte do Paraná**. In: MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.; KRIGER, L. (Coord.). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008, p. 154-169.
9. BALDANI, M. H. et al. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, número especial 1, p. 145-162, 2018.

10. BARROS, S. G.; CHAVES, S. C. L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Revista Epidemiol Serv Saude**, v. 12, n. 1), p. 41-51, 2013.
11. BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Cien Saude Colet.**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
12. BORDIN, D.; FADEL, C. B. Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. **Revista Odontol UNESP.**, v. 41, n. 5, p. 305-11, 2012.
13. BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 01 set. 1990.
14. BRASIL. **Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 dez. 2000.
15. BRASIL. **Portaria n. 267, de 06 de março de 2001.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 mar. 2001.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: MS, 2004.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Saúde Bucal.** Brasília: MS, 2006.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 493, de 13 de março de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006 Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_493.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_493.pdf) Acesso em: 10 jun 2019.
20. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: atenção primária e promoção da saúde.** Brasília: CONASS, 2007.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 4.279, 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de

- Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2010.
22. BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 junho 2011.
  23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 80p.
  24. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do pacto pela saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2012 jul 20 Seção 1:54.
  25. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 2 de 16 de agosto de 2016. Dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa, relativo ao ano de 2016. **Diário Oficial da União, Brasília (DF)**, 2016 out 29 Seção 1.
  26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde.** Brasília: MS, 2018.
  27. CAMPOS, G. W. S. Há pedras no meio do caminho do SUS! **Cien Saude Colet.**, v. 2, n. 2, p. 298-299, 2007.
  28. CARRER, F. C. A. et al. Sistema Único de Saúde. IN: CARRER, F. C. A.; PUCCA JUNIOR G.A. (Coord.). **Observatório ibero-americano de políticas públicas em saúde bucal:** construindo um bloco por mais saúde bucal. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2018. p. 10-15;
  29. CARRER, F. C. A. et al. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): a maior política pública de saúde bucal do mundo. In: CARRER, F. et al. (Orgs.). **SUS e Saúde Bucal no Brasil:** por um futuro com motivos para sorrir. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. p. 23-31.

30. CHAVES, S. C. L. et al. **Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados**, Salvador: EDUFBA, 2015.
31. COLUSSI C.F et. al. **Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica; Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública** 2010.
32. DITTERICH, R. G. et al. Saúde Bucal Na Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios para a construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Estado do Paraná. In: CARRER, F. C. A.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; ARAÚJO, M. E. (Org). **SUS e saúde bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir – Ebook: Gestão e Planejamento**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. p. 64-71.
33. FACCHINI, L. A.; CASTILHOS, E. D.; TEIXEIRA, N. D. Avaliação da evolução da demanda de saúde bucal através do uso de sistemas de informação em saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 1, n.1, p. 50-59, 2011.
34. FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Revista Cien Saude Colet.**, v. 11, n. 3, p. 553-563. 2006.
35. FERNANDES, L. S. P.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 930-936, 2005.
36. FISCHER T. K. et. al. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Revista Bras Epidemiol.**, v. 13, n. 1, p. 126-38. 2010.
37. FRANÇA, M. A. S. A. et al. Oral health indicators in the Interfederative Pacts of the Unified Health System: development in the 1998-2016 period. **Revista Odontol UNESP**, v. 47, n. 1, p.18-24, 2018.
38. HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (orgs.) **a**. Salvador: EdUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
39. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
40. HJERN, A. et al. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, n. 3, p. 167-74. 2001.

41. JANNUZZI, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista do Serviço Público**. Brasília: ENAP, 2002.
42. JANNUZZI, P. M. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas pública. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002.
43. JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações para formulação e avaliação de políticas públicas, elaboração de estudos socioeconômicos**. 3. ed. Campinas: Alínea; 2004.
44. JUNQUEIRA, S. R. et al. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 15, n. 4, p. 41-53. 2006.
45. LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.
46. LESSA, C. F.; VETTORE, M. V. Gestão da Atenção Básica em Saúde Bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde & Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 547-56, 2010.
47. LIMA, K. W. S.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc.**, v. 4, n. 1, p. 61-71. 2015.
48. LOIVOS, C. et al. Acesso às ações de saúde bucal versus indicadores do SIAB/SIASUS: um diálogo possível e necessário. **Revista Brasileira Odontologia.**, v. 66. p. 263-9, 2009
49. MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n, 2, p. 373-382. 2014.
50. MEDINA, M. G. **Análise do pacto de indicadores da atenção básica, 2001** Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise\\_pacto.PDF](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_pacto.PDF) Acesso em: 14 jun 2019.
51. MARCHIORI, P. B.; PELLEGRINI, A. F. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
52. MARQUES, A. B. et al. Sistemas de Informação como ferramenta de monitoramento das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família da



- região metropolitana de Curitiba-PR. **Revista Bras. Pesq. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 82-89, 2014.
53. MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.
  54. MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373-382. 2014.
  55. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
  56. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1994.
  57. MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade**. Cad. Saúde Pública. 1993
  58. MOYSÉS, S. J. **Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da Saúde Bucal e redes de atenção odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
  59. NGUYEN, L.; HAKKINEN, U.; ROSENQVIST, G. Determinants of dental service utilization among results: the case of Finland. **Health Care Manag Sc.**, v. 8, n. 4, p. 335-45, 2005.
  60. NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. D. **Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, v. 24, n. 2, p. 241-246. 2008.
  61. NOVAES H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000
  62. OLIVEIRA, A. G. C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 9-14, 1999.
  63. OLIVEIRA, P. M. C. et al. Indicadores de Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Ceará: Análise Crítica. **Cadernos ESP Ceará**, v. 5, n. 1, p. 29-36, 2011.
  64. PALMIER, A. C. et al. Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. **Revista Panam Salud Publica**, v. 32, n. 1, p. 22-9, 2012.
  65. PERES, K.G.; BASTOS, J. R. M.; LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 402-8. 2000.
  66. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha guia de saúde bucal**. Curitiba: SESA, 2014.

67. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha guia de saúde bucal**. 2. Ed. Curitiba: SESA, 2016.
68. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. **A Tutoria na APS**. Curitiba: SESA, 2018.
69. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Programa de qualificação da atenção primária à saúde do Paraná (APSUS). **Tutoria na atenção primária à saúde - manual operativo selo bronze**. Curitiba: SESA, 2018b. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3186>  
Acesso em: 10 jun 2019.
70. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Programa de qualificação da atenção primária à saúde do Paraná (APSUS). **Tutoria na atenção primária à saúde - manual operativo selo prata**. Curitiba: SESA, 2018c. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3186>  
Acesso em: 10 jun 2019.
71. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Programa de qualificação da atenção primária à saúde do Paraná (APSUS). **Instrumento de qualidade na APS - selo ouro**. Curitiba: SESA, 2018d. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3186>  
Acesso em: 10 jun 2019.
72. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Programa de qualificação da atenção primária à saúde do Paraná (APSUS). **Instrumento de qualidade na APS - selo diamante**. Curitiba: SESA, 2018e. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3186>  
Acesso em: 10 jun 2019.
73. PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 985-996, 2009.
74. PINTO, M. H. B. et al. As Redes de Atenção à Saúde Bucal – O papel do CEO. In: FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S.A.; MARTELLI, P. J. L. (orgs.). **Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os**

- Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil.** Recife: Editora UFPE, 2016. p. 221-233.
75. PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo: Editora Santos, 2000.
  76. PUCCA JUNIOR, G. A. et al. Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 10, p. 1333–1337. 2015.
  77. ROSSI, T. R. A. **Produção social das políticas públicas de saúde bucal no Brasil.** Salvador: EDUFBA, 2018.
  78. SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Bras. de História & Ciências Sociais**, n. 1, p. 1-15, 2009.
  79. SERRA, C.G.; GARCIA, D.V.; MATTOS, D. **A explicitação das antigas inquietações e a busca de soluções na realidade recente da saúde bucal: um processo doloroso de espera pelo fim das ansiedades e angústias.** In: GARCIA, D. V. **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade.** Rio de Janeiro: ABO-RJ, 2005. p. 9-21.
  80. TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão dos serviços de saúde. **Cien Saúde Colet.**, v. 17, n. 4, p. 821- 8. 2012.
  81. TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.
  82. VASCONCELOS, E. M.; FRATUCCI, M. V. B. **Práticas de Saúde Bucal.** São Paulo: UnASUS-UNIFESP, 2013
  83. WALTER, L. R. F.; GARBELINI, M. L.; GUTIERREZ, M. C. Bebê-Clínica, a experiência que deu certo. **Divulgação em Saúde Debate**, v. 6, p. 65-8. 1991.
  84. ZERMIANI, T. C. et al. Indicadores de desenvolvimento humano e de saúde bucal na atenção básica nos municípios da região metropolitana de Curitiba-PR. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 19, n. 2, p. 185-192, 2014.